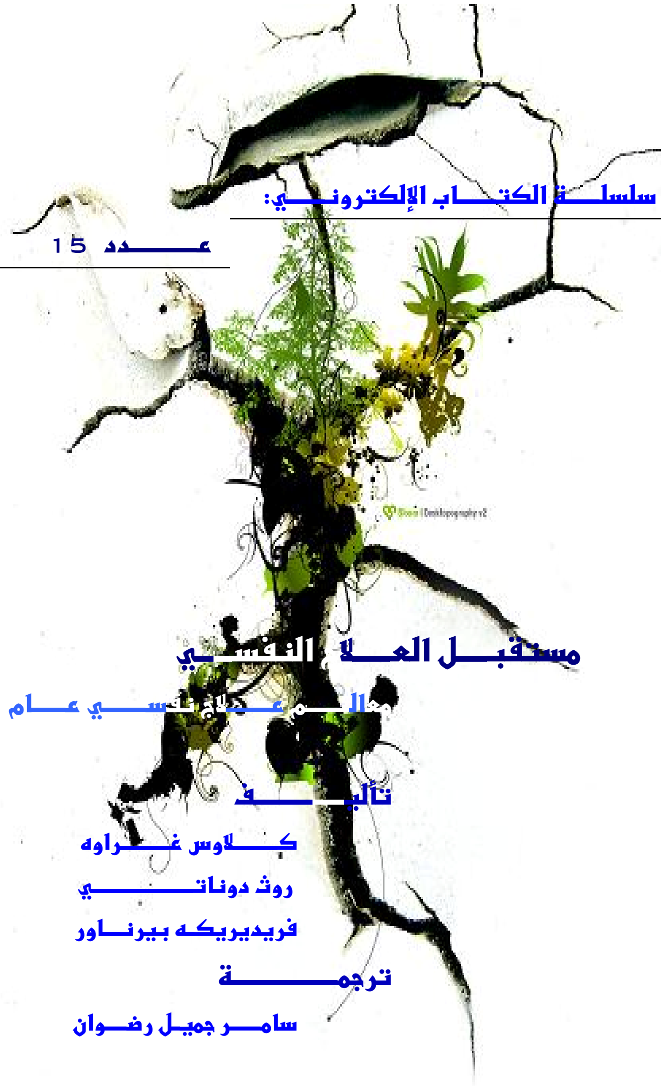
15
2009

APN e.Book
Towards An Arab School Of Psychological Sciences

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية



سلسلة الكتاب الإلكتروني:

عدد 15

مستقبل العلاج النفسي

معالم علاج نفسي عام

تأليف

كلاوس غراوه

روث دوناتي

فريديريكه بيرناور

ترجمة

سامر جميل رضوان

عدد 15- 2009

إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية

مستقبـــل العـــلاج النفســـي

معالـــم عـــلاج نفســـي عـــام

تأليـــــف

كـــلاوس غـــراوه

روث دوناتـــــي

فريديريكه بيرنـــاور

ترجمـــــة

سامـــر جميـل رضـــوان

Psychotherapie im Wandel
Von der Konfession zur Profession
Klaus Grawe - Ruth Donati - Friederike Bernauer

الفهـــــــــرس

مقدمـــــــة الطبعـــــــة الاليكترونيـــــة

بســــم الله الرحمـــن الرحيـم

أصبح انتشار الكتاب الاليكتروني ظاهرة تحمل أهمية خاصة تتمثل في كسر الاحتكار والاستغلال الذي يعاني منه كثير من الباحثين وتوصيل المعلومة إلى الجمهور المعني مباشرة وإتاحة مجال أوسع للتواصل وتبادل الآراء. وعلى الرغم من أن النشر الاليكتروني لايحل مكان النشر الورقي في كثير من الوجوه، ويظل للنشر الورقي سحره الخاص، وأن الدراسات تشير إلى أن المعلومة المطبوعة تكون أكثر رسوخاً من المطبوعة الاليكترونية، إلا أن مقارنة المزايا والعيوب يمكن أن تكون غير ذات فائدة عندما نأخذ الأهداف التي نسعى إليها بعين الاعتبار، والتي تتمثل في جزء كبير منها في مد جسور المعرفة الإنسانية بالاتجاهات المختلفة، وعدم ترك ساحة النشر الالكتروني مجالاً لنشر ثقافة تزيد من تفاقم الأزمة الوجودية للإنسان العربي وتجعله أكثر حيرة تجاه تفسير وفهم كثير مما يعاني منه وتدفعه لتصدير أزماته السياسية والاجتماعية والنفسية إلى قوى وهمية خارجة عن مجال سيطرته، وتعمق تشويه وعيه، وتجعله مهدوراً في حياته الخاصة والعامة، منهكاً ومستنزفاً.

كان الدافع وراء نشر هذا الكتاب عبر سلسلة النشر الاليكتروني للشبكة العربية النفسية بعض النقاشات وكثير من الإعلانات لمواقع ودورات ومعالجات عبر شبكة الانترنت حول بعض الطرق النفسية التي بدأت تنتشر في البلدان العربية تحت مسميات مختلفة، ويحمل أصحابها ألقاباً مثيرة للاستغراب في

بعض الأحيان، ومربكة في أحيان أخرى. وكثير منها لايكاد يخلو مبالغات تكـاد تصل إلى الإيهام بصنع المعجزات وتحقيق ما لايمكن تحقيقه وشفاء ما لايمكـن شفاءه دون أية دلائل على مصدر هذه الطرق والأسـاليب ولا علـى فاعليتهـا التجريبية والإمبيريقة ودون أية مؤشرات على الدلالات Indications ودون أيـة إسنادات. ومما لاشك فيه أن هذا يحير المتخصصين، فما بال الجمهور الواسـع الذي يتم تقديم مجال من المجالات -العلمية الراسـخة والقائمـة علـى أسـس وبراهين علمية بالأصل- والتي يحمل عنها في وعيه –ولا وعيه أكثر- صورة مبهمة تختلط فيها الحدود بين ما هو روحاني ونفسـاني وأسـطوري-خرافـي ووجودي وإقصائي، وبالطبع بين ما هو مرضي وغير مرضي. إننا أمام سوق، يستغل فيها علم النفس، والعلاج النفسي بصورة خاصة أسوأ استغلال و نجد فيها أن الساحر والمشعوذ والدجال وكثير غيرهم قد ارتدوا فيه ثياباً عصرية وادعوا ممارسة علم غير مؤهلين فيه بالأصل، مستخدمين التكنولوجيـا والمصـطلحات والمفاهيم العلمية بمهارة، لتعويض النقص في براهينهم ومعززين لدى الجمهور الأوهام والتفكير الخرافي من خلال خلط طرق وممارسـات شـرقية وصـوفية ودينية وتغليفها بغلاف نفسي وتقديمها للجمهور تحت أسماء جذابة، مـن نحـو انبثاق الوعي، وتنمية الوعي، واكتشاف الطاقة، وتنمية الذات وتطويرها..الـخ، وهي مفاهيم ومصطلحات قد يكون لها معنى ودور في علم النفس إلا أن إسـاءة استخدامها جعلت منها مجرد مفاهيم تسويقية فحسب. ألـم يقـل فرويـد يومـاً ((اسمحوا لي أن أعط كلمة "دجال" معنى مختلفاً عن المعنى القانوني. فبالنسـبة للقانون يعتبر دجالاً كل من يعالج الناس دون أن يمتلك دبلوماً حكومياً كطبيـب. وأنا أفضل تعريفاً آخر: الدجال هو من يقوم بعلاج ما دون أن يمتلك المعـارف والمهارات الضرورية لذلك)).

وكل ذلك في ظل تفاقم الفقر والعوز والانهيار الاقتصادي في العالم الذي

ندفع ثمنه نحن من خلال زيادة تأزيم وضعنا الحياتي، وزيادة الانهيار في النظام الصحي العاجز أصلاً.

ونحن هنا بحاجة أكثر لتعميق الوعي النفسي عبر تقديم علم النفس بالشكل الذي يليق به كعلم مسند قائم على أسس وبراهين، كعلم قادر على أن يسهم مع العلوم الأخرى في تنمية الإنسان وتطويره، ومساعدته على فهم أفضل لذاته ولعالمه، ومنحه فرصة ليقرر خياراته بيده ومواجهة أزماته الوجودية المتفاقمة، وليكون قادراً على تقبل نفسه والآخر، ودون أن يكون مضطراً –شعورياً ولاشعورياً- لتصدير أزماته للآخر المختلف، أو للتماهي مع المستبد المتسلط، وليواصل سلسلة القمع والفساد التي تنخر كالسوس في لب الإنسان محطمة روحه ونازعة عنه صفة الإنسانية.

ومن أجل هذا الهدف هناك طرق علمية مسندة، وراسخة بعيدة عن العشوائية، يعرف المؤهلون فيها ما عليهم فعله، وما يسعى الكتاب إلى برهانه.

كلمة أخيرة، كلمة حق، لقد كان الدكتور جمال التركي من أوائل الذين عملوا بجهد وتصميم على تحقيق هدف بدا في يوم من الأيام أنه بعيد المنال، ليس في تحقيق الهدف بحد ذاته وإنما في الاستمرارية التي أصبحت اليوم من العلامات المميزة في تأريخ العلوم النفسية. وبالطبع فإن الخصائص الشخصية التي يتمتع بها الدكتور جمال هي عامل أساسي في قدرته على توحيد هذا الكم –المتناقض أحياناً- من المتخصصين وتقريبهم خطوة لم تكن قبل عشر سنوات قابلة للتصور. فمن خلال الشبكة أصبح التواصل ممكنا بين التخصصات المختلفة، وبدأت الحدود تتقارب وازداد التواصل المعرفي بين المتخصصين في التخصصات البينية-المشتركة. وبالطبع فإن الساحة مازالت مفتوحة لمزيد من السعي نحو تعميق وتجذير أكبر لهذا التعاون، كي لا نظل جزراً معزولة ندافع عن حدود وهمية لاوجود لها إلا في أذهاننا، فنكاد نقترب بهذا ممن نعالجهم.

يشكر المترجم الدكتور جمال التركي لنشره الكتاب عبـر سلسـلة الكتـاب الاليكتروني، آملاً أن يحقق النشر الهدف منه، فإن لم يفعل فحسبي أني سعيت.

أ.د. سامر جميل رضوان

دمشق-في تشرين الثاني (نوفمبر) 2008

مقدمـــــــــــة المترجـــــــــــم

بين بدايات تأسيس العلاج النفسي في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين على يد فرويد واليوم حدث تحول كبير في المعارف النفسية حول سلوك الإنسان وخبرته في حالتي المرض والسواء. وترافق هذا التحول بتنوع التقنيات العلاجية النفسية التي يمكن من خلالها تعديل أنماط السلوك المضطربة إلى درجة يصعب معها الإحاطة الشاملة بطيف الإمكانات العلاجية المتوفرة بين أيدينا. ومع هذا التطور أصبحت الطرق العلاجية أكثر خصوصية وتخصصاً ولم تعد عبارة عن أسلوب مدرسي وحيد يتم استخدامه مع كل المرضى على اختلاف أنواعهم ويغض النظر عن نوع المشكلات النفسية التي يعانون منها.

لقد أصبح العلاج النفسي مهنة، بعد أن كان عبارة عن جزر مدرسية منفصلة عن بعضها تمارس عملها في إطار ضيق فرضته نظرية معينة ومفهوم محدد للإنسان، يسعى بواسطة تقنيات مدروسة ومبرهنة فاعليتها ومفصلة على المشكلة التي يعاني منها المريض إلى الوصول إلى نتائج فاعلة وملموسة خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً.

ولكن هذا التطور الهائل للعلاج النفسي مازال قليل الرسوخ في الوعي العام للجمهور العريض وفي وعي كثير من المعالجين النفسيين الذين يدورون في دائرة التعصب المدرسي الضيق. إذ مازالت التصورات تدور في إطار المدارس العلاجية التقليدية كالتحليل النفسي التقليدي أو السلوكية بالشكل الذي كانت سائدة فيه في بداياتها ولم تعي التحولات الجذرية التي طرأت اليوم على العلاج النفسي المدعم بنتائج البحث العلمي الإمبيريقي.

يعيش العلاج النفسي اليوم مرحلة تحول أو انقلاب من طور الاعتقادات إلى طور التمهين. وهو في هذا يصبح جزءاً أساسياً من بنية نظام الإمداد الصحي والاجتماعي من خلال الخدمات الواسعة التي يستطيع تقديمها، والتي تتجاوز المجالات التقليدية المعروفة تاريخياً للعلاج النفسي، أي مجال الأمراض والاضطرابات النفسية، إلى مجالات الأمراض المزمنة وأمراض الألم والعمليات الجراحية وما يشبه ذلك. وتتجاوز الإمكانات التي يتيحها العلاج النفسي إلى حد

كبير الجانب المادي لتصل إلى عمق الجانب المعنوي الذي لا يمكن تقديره بثمن، ألا وهو سعادة الإنسان الفرد في جميع ميادين حياته التي تنعكس بدورها على سعادة المحيط واستقراره وإنتاجيته.

غير أن الواقع الراهن للعلاج النفسي ما زال يعاني من القصور الشديد. ولعل السبب في هذا يرجع إلى سيطرة المدرسية الضيقة الأفق على الممارسات العلاجية اليومية وعلى التأهيل في العلاج النفسي. وتسعى هذه المدرسية باستمرار لتوليد واقع مشوه يحافظ على استمراريتها وأسباب وجودها من خلال تقوقعها في نظريات مجردة دون أن تفتح أبوابها على مصراعيها للاختبار الإمبيريقي لطرقها العلاجية وفاعليتها ومن دون أن تفسح المجال حتى لتطوير هذه النظرية، وهي بالتالي تسعى بكل طاقتها إلى الحفاظ على هويتها المرتبطة بهذه النظرية والتي تمنحها واجهة دفاعية تواجه بها الانتقادات الخارجية و تحكم على من ينتقدها من الداخل بالارتداد، وتحافظ بالتالي على مصالحها وامتيازاتها محاولة نفخ الحياة في جسد توقف دماغه منذ زمن بعيد عن الحياة، غير أنه ما زال مربوطاً بأجهزة التنفس الصناعي وضخ الدم، لعله يصحو من غفوته ...ولكن هيهات أن يصحو.

إن ما يمارس اليوم تحت تسمية العلاج النفسي في عيادات المعالجين النفسيين والأطباء المتخصصين بالعلاج النفسي النفساني Psychological Psychotherapy في الدول المتقدمة ليس له في كثير من جوانبه علاقة بالعلاج النفسي بالمعنى العلمي، وبشكل خاص ما يمارس على يد الأطباء المتخصصين بالعلاج النفسي لأنه يدور في حلقة المدرسية الضيقة من دون مراعاة لمستوى نتائج البحث العلمي الراهن في العلاج النفسي وفي علم النفس الإمبيريقي بشكل خاص. فإمكانات العلاج النفسي وخدماته ما زالت غير مستغلة إلى مدى بعيد نتيجة للحدود المصطنعة، الأمر الذي ما زال يعيق دمج العلاج النفسي ضمن إطار خدمات الإمداد الصحي ويدفع كثير من صناديق الضمان الصحي إلى الإحجام عن تمويل العلاج النفسي، على الرغم من الإثبات الفعلي لحقيقة توفير العلاج النفسي للتكاليف العلاجية بشكل كبير وتخفيضه من العواقب الوخيمة للمشكلات النفسية على الفرد والأسرة والمجتمع.

يتعرض هذا الكتاب الذي أثار زوبعة في ألمانيا ما زالت تتردد أصداؤها حتى الآن للأسباب الكامنة خلف عدم انتشار العلاج النفسي على نطاق واسع والتي يكمن جزء منها في الفهم الأحادي الجانب لقضايا الصحة والمرض وادعاء الأطباء مسؤوليتهم الحصرية عن قضايا الصحة والمرض وعدم فهم الصحة بالمعنى الإيجابي، والجزء الآخر في التضييق المدرسي العلاجي، ويناقش مسائل الوعي المتزايد لدى الجمهور نحو إشراك المجتمع ككل في أمور الصحة والمرض وخصوصاً في عصر الأمراض المزمنة وعصر انفجار التكاليف العلاجية التقليدية التي أصبحت من خلال عجزها عن تقديم الحلول المناسبة تفقد مبررات وجودها من تلقاء نفسها.

جاء هذا الكتاب حصيلة عمل إمبيريقي مضن استمر أكثر من عقد من الزمن وجمع بين دفتيه أكثر من 850 صفحة من الحجم الكبير تحتوي على ستة فصول. وقد كان الانتقاء من هذا الكتاب صعباً. فترجمة 850 صفحة عمل يحتاج إلى وقت لم يكن متوفراً للمترجم، ثم إن أوضاع الكتاب في الوطن العربي أقرب للمأساوية وبالتالي فترجمة مثل هذا العمل الضخم قد تكون استثماراً في غير مكانه إذا ما أخذنا قدرة القارئ على الشراء بعين الاعتبار. وبالتالي كان لا بد من الاختيار، حيث قمت بترجمة الفصل الأول تحت عنوان هدف الكتاب والخامس تحت عنوان واقع العلاج النفسي والسادس تحت عنوان مستقبل العلاج النفسي ترجمة كاملة، في حين قمت بترجمة انتقائية للفصل الرابع من الكتاب الأصلي الذي كان بعنوان نتائج تأثير وأساليب تأثير وفاعلية الطرق العلاجية المختلفة الذي تضمن عرضاً مفصلاً لنتائج أكثر من 800 دراسة مقارنة حول فاعلية وتأثير وأساليب تأثير الطرق العلاجية المختلفة مشتملاً على أكثر من 500 صفحة. وهنا تخليت عن العرض التفصيلي للنتائج والنتائج الإحصائية والجداول الكثيرة عارضاً لتعريف موجز للطريقة العلاجية وفاعليتها. أما الفصلان الثاني والثالث فقد كانا بعنوان الفرق بين دراساتنا وبين المراجعات الأخرى وإجراءات البحث. وقد فضلت عدم ترجمتهما لأنهما لا يهمان إلا المتخصص. وإني لأرجو أن أكون قد وفقت في اختياري من دون أن أنقص من جوهر وفكرة الكتاب، وهو إذا لم يكن الحال كذلك فإني مدين بالاعتذار مسبقاً، وحسبي أني سعيت نحو الكمال.

أتوجه بهذا الكتاب إلى كل من لا زال لا يعتقد بالجدوى الاجتماعية والاقتصادية للعلاج النفسي أو يعتقد بأن العلاج النفسي هو تخصص خاص بالأطباء وحدهم دون غيرهم وأن العلاج النفسي هو مجرد نظرية يتم تبنيها أو أنه يمكن ممارسة العلاج النفسي كنتاج جانبي لعلم النفس من دون التأهيل العلاجي النفسي التخصصي. كما وأتوجه بهذا الكتاب إلى الذين لا زالوا يعتقدون في الوطن العربي أن المعالج النفسي لا بد وأن يكون محللاً نفسياً وأن مجرد التحليل التعليمي يجعل من الشخص محللاً نفسياً قادراً على ممارسة العلاج النفسي. وبشكل خاص أتوجه إلى المؤسسات الصحية والاجتماعية في بلداننا التي هي بأمس الحاجة إلى تعديل قوانينها وتبني العلاج النفسي كمهنة تخضع لمعايير فاعلية وتأثير دقيقة، ودعوة لها ألا تصد الباب طويلاً أمام العلاج النفسي، فالعلاج النفسي مفيد ويوفر التكاليف الإمدادية ويتيح المجال أما إنتاجية أكبر للأفراد.

ونحن ندرك من خلال ممارستنا اليومية مدى الحاجة الاجتماعية للخدمة النفسية كما وندرك في الوقت نفسه الفوائد الملموسة التي نستطيع تقديمها لطالبي الخدمة الذين يتزايد عددهم باطراد، ليس لازدياد المشكلات عن الماضي، فالمشكلات موجودة منذ أن كان الإنسان، وإنما لتنامي الوعي لدى الجمهور بأن نوعية مشكلاتهم يمكن أن تحل بطرق أخرى غير الطرق الطبية التقليدية، بطرق

وجدت خصيصاً لمعالجة هذا النوع من المشكلات، وتساعد بالفعل على حلها. فالوصفة الطبية لن تفتح باب السعادة لشخص يعاني من مشكلات حياتية أو صعوبات في فهم نفسه ولكن الأساليب العلاجية النفسية المتخصصة تفعل ذلك بل وأكثر من ذلك. إنها تعلم الإنسان أن صحته الجسدية والنفسية ومرضه وسعادته وشقاءه مرهونة بسلوكه وبكيفية خبرته للأشياء والعالم من حوله، وأن التأثير فيها بفاعلية مرهون بالإنسان وحده.

ليس من مصلحتنا أن نكرر تجارب الآخرين، بل الأحرى أن نتعلم من أخطائهم، وليس من مصلحتنا أن نحارب حروبهم، وندافع عن جزر بنوها، وإنما من الأجدر لنا أن نبدأ منفتحين على أنفسنا أولاً وعلى ما يمكن أن نقدمه من خدمات للآخرين ثانياً، عندئذ فقط نستطيع أن نرسم لأنفسنا معالم علاج نفسي يرسخ في وعي المتخصصين أولاً وفي وعي الجمهور ثانياً.

المترجم

الكمال معيار السماء؛

أما الإرادة الكاملة فهي معيار الإنسان

غوته

مقدمـــــــــــــة

إن من يحب علم النفس، لابد وأن يملك سبباً لأن يخجل من العلاج النفسي ولكن ما نريده بهذا الكتاب هو أن نسهم في علاج نفسي يمكننا الدفاع عنه نحن النفسانيين.

إنه لمن التحديات العلمية الأخاذة لعصرنا أن نتعلم فهم الإنسان في سلوكه وخبرته. فالوعي بأننا نحن البشر أنفسنا، أفعالنا وسلوكنا، هي التي تسبب لنا أكبر المشكلات، ينتشر باطراد متزايد ولهذا فإن السؤال لماذا يتصرف الناس هكذا وكيف يتصرفون يجتذب نحو دراسة علم النفس شباباً موهوبين أكثر فأكثر. فعلم النفس يعد اليوم من أكبر التخصصات في جامعاتنا.

كما ويتزايد الوعي بأن كثيراً من المشكلات التي كانت حتى وقت قصير مضى تعتبر أمراضاً مفروضة من الخارج، قدراً أو سوء حظ، ترتبط مباشرة بالكيفية التي نعيش فيها، وبالتالي فإننا نتحمل مسؤولية خاصة أكبر عنها وكذلك إمكانات تأثير أكبر مما كنا نعتقد لفترة طويلة. فهل علينا أن نعيش كما نعيش الآن؟ ألا نستطيع نحن أنفسنا أن نمتلك تأثيراً إيجابياً على قدرنا من خلال تغيير تصرفاتنا وأفعالنا؟ ألا يفترض أنه عندما نتعلم فهم أنفسنا في خبرتنا وسلوكنا بشكل أفضل أن يساعدنا هذا على السيطرة على مشكلاتنا الناجمة عن ذلك ؟.

إن غالبية الناس الذين يشعرون بالانجذاب نحو علم النفس وقضاياه، يربطون مع انجذابهم أيضاً نوع من التوقع والأمل بأن يتمكنوا من الاستغلال العملي للمعارف المكتسبة في علم النفس حول الإنسان من أجل خيره. وينصب الأمل الأكبر بشكل خاص على تطبيقات علم النفس لأغراض شفائية، أي بشكل خاص على علم النفس العيادي (الإكلينيكي) أو العلاج النفسي. فغالبية دارسي علم النفس يريدون أن يصبحوا معالجين نفسيين بالمعنى الأوسع.

وكل هذا يتيح للنفسانيين العياديين والأطباء المهتمين بعلم النفس أو بالعلاج النفسي التمتع بوظيفة اجتماعية أخاذة وهوية مهنية جذابة لها مستقبل.

غير أن كثيراً مما يحدث اليوم تحت تسمية العلاج النفسي، ليس له علاقة

كبيرة بما تحدثنا عنه حتى الآن. فالشكل الذي يتم فيه عرض العلاج النفسي على صفحات إعلانات المجلات والجرائد و على رفوف المكتبات عبارة عن عالم من الغورو ◆❒◆☝[1] وأتباعهم المقلدين الذين مازال ينبض فيهم الرمق الأخير من الحياة، بل الأحرى الميتين. فالشيء الذي يجمع هذا النوع من العلاج النفسي الذي يتصف بالاعتقادات عوضاً عن العلم هو التجاهل لما تم إيجاده عبر مائة سنة من علم النفس العلمي حول اضطرابات الخبرة والسلوك الإنسانيين وإمكانات التأثير النفسي عليها، إذ أن هذه المراعاة ستشكل لهؤلاء معرفة مازمة عموماً وبالتالي ستقود إلى سحب الأسس التي قام عليها مثل هذا النوع من العلاج النفسي. وللأسف فإن هذا العلاج النفسي المتجه عقائدياً بدلاً من أن يتجه علمياً لا يوجد خارج نظام الإمداد الصحي الراسخ فحسب بل ويدعي أنه يمثل الشكل الحقيقي للعلاج النفسي.

ونريد في هذا الكتاب تفنيد هذا الادعاء بحدة. فالتطبيقات المساعدة لعلم النفس العلمي تمتلك الكثير جداً مما يمكن أن تقدمه للمجتمع، يفوق الحد الذي يمكن عنده التخلي عن جزء أساسي منه كالعلاج النفسي للطوائف العلاجية. ومطلبهم أو ادعاؤهم في تمثيل العلاج النفسي، لم يصل بعد إلى درجة أن يبدو غير معقول عموماً بالنسبة للمجتمع، لأن النتائج العلمية في مجال العلاج النفسي تبدو بالنسبة للجمهور وحتى بالنسبة لجزء عريض من جمهور المتخصصين وكأنها لا يمكن الإحاطة بها ومتناقضة و غير واضحة إلى حد يستطيع المرء من خلاله الالتفات إلى التقييمات في هذا المجال بدلاً من الالتفات إلى وصف المدارس العلاجية المختلفة. ومن نافلة القول أن من مصلحة هذه المدارس استمرار الوضع على ما هو عليه. فعند وجود نتائج علمية أوضح لا بد من توقع قيام محاولات للتشكيك فيها. ونحن على قناعة أن النتائج في مجال العلاج النفسي واضحة في الواقع كفاية من أجل اشتقاق إجراءات واسعة لتعديل العلاقة القائمة. ومن خلال هذا الكتاب سنحاول إثبات هذه الرؤية.

لم يوفق حتى الآن ممثلو علم النفس والعلاج النفسي العلميين بشكل جيد في التعبير عن أنفسهم بطريقة مفهومة بالنسبة للجمهور الواسع. ولو كان هناك وعي حول ماهية إمكانات المساعدة المتوفرة في الوقت الراهن للذين يعانون نفسياً والتي يتم حجبها لعدم استناد الإمداد العلاجي النفسي إلى حد كبير إلى الفوائد المبرهنة لطرق العلاج، وإنما إلى مصالح الطوائف العلاجية النفسية المختلفة لربما شعر كثيرون أن هذه الحالة الراهنة غير محتملة، مما يقود إلى قيام جماعة ناقدة تضغط من أجل التعديل.

وعندما يتحقق ذلك فإن الجهود التي بذلناها في إنجاز هذا الكتاب[2] ستكون قد أثمرت. لقد عملنا **13** سنة بشكل مكثف على تحليل النتائج الفعلية في مجال العلاج النفسي بأقصى قدر ممكن من الدقة والموضوعية وعلى إعدادها بحيث يستطيع حتى غير الباحث في العلاج النفسي أن يشكل صورة متمايزة وواضحة

قدر الإمكان عن المستوى الفعلي لنتائج الطرق العلاجية المختلفة. أما إلى أي مدى وفقنا في ذلك فسنترك ذلك لحكم القراء. ولابد لنا من تحمل المسؤولية عن نقاط الضعف والغموض في نتائج عملنا، إذ أنه على الرغم من أننا طمحنا نحو الكمال، غير أننا وجدنا أنفسنا دائماً مواجهين بحقيقة أننا بشر. ولم يكن ممكناً لنا أكثر من ذلك.

ولم يكن بالإمكان أبداً أن نقدم – نحن المؤلفون الثلاثة- تقرير نتائج مشروع بحث طويل ومكاف بشكل غير اعتيادي لولا أننا امتلكنا خلال فترة طويلة من المشروع دعماً كفواً و دؤوباً من عدد كبير من المتخصصين، الذين تركوا المشروع قبل البدء الفعلي في كتابة هذا الكتاب ليتولوا مهمات أخرى كمتخصصين نفسيين.

كان من الواجب أن يصدر هذا الكتاب في وقت أبكر من ذلك بكثير، وكنا قد أعلنا عنه في مراحل مختلفة من عملنا تحت عناوين عدة. فقد خططنا لأن يكون الكتاب في جزأين تحت عنوان " فاعلية العلاج النفسي Handbook of psychological Indications ".

غير أن هذه الفكرة الكبيرة قد ضمرت إلى "جرد للعلاج النفسي" ولكنها لم تبدو لنا حصيفة كفاية، أما عنوان "العلاج النفسي على المحك" فكان سيغدو أكثر إثارة، غير أنه لن يعكس ما كنا نهتم به بالدرجة الأولى. فنحن لم نهدف أبداً إلى إعطاء علامات أو درجات، بل نريد أن ندفع العلاج النفسي نحو الأمام، كعلم وكخدمة اجتماعية تمارس وفق معايير نوعية مهنية. فاستنتاج ماهيته يهدف إلى التعرف إلى المكان الذي توجد فيه الأهداف الواعدة للتطور المستقبلي. واهتمامنا منصب على علاج نفسي أفضل، علاج نفسي يحقق أكبر قدر ممكن من إمكاناته التي نرى أنها كامنة فيه.

إننا نعرف، وخبرنا بما فيه الكفاية، أننا من خلال هذا الهدف سنقع في صراع مع المعالجين النفسيين الذين سيشعرون بما يتهدد قناعاتهم أو مصالحهم أو كليهما معاً من خلال النتائج التي وجدناها ومن خلال استنتاجاتنا التي استخلصناها من ذلك. غير أنه لا بد من هذا الصراع على ما يبدو. فقد أبدينا ملاحظات واخزة حول كثير من النقاط في هذا الكتاب وسنحصد كذلك معارضة واخزة. وكلاهما موضوع واحد.

غير أن كتابنا يتضمن كذلك تقارير نتائج علمية مفصلة نطرحها هنا للنقاش العلمي المتخصص. وحتى بالاستناد إلى تقارير النتائج هذه لا يمكننا توقع إجماع في التأييد. غير أنه من الطبيعي أن تكون هذه الانتقادات العلمية موضوعاً آخر. إننا نتمنى أن تتجرد النقاشات العلمية لدراساتنا ونتائجنا عن صراعات المصالح والقناعات، التي أثرناها من خلال ملاحظاتنا الواخزة حول واقع التأهيل العلاجي النفسي ونظام الإمداد الراهن. ونحن بدورنا سنسعى إلى فصل كلا المستويين عن بعضهما.

و نحن لا نأمل بالطبع أن يثير كتابنا الاعتراضات فقط وإنما نأمل أن يحظى بأكبر قدر ممكن من الاهتمام الإيجابي، إذ لا يمكن لنا تحقيق هدفنا الذي وضعناه نصب أعيننا، والمتمثل في الوصول معاً إلى علاج نفسي عام على مستوى عال يمارس مهنياً وفق مستوى مرتفع من النوعية، إلا بشكل جماعي.

وبكتابة هذه السطور الأخيرة من الكتاب يكون قد تحقق أحد الأهداف التي وضعناها منذ زمن بعيد نصب أعيننا: أخيراً عدنا لأسرنا وأزواجنا.

ولكننا قبل أن نرجع إلى نسائنا ورجالنا وأولادنا وبناتنا الذين نحبهم، لا بد لنا وأن نعترف بنوع من الفشل: لم نستطع صياغة الجنس القواعدي للفاعل والمفعول في جملنا بشكل يتفق مع الجنس البيولوجي للأشخاص والمواضيع التي كنا نقصدها. وكان تحقيق الاقتراحات القائمة الآن في وضع صيغة حيادية للجنس في كتاب ضخم كهذا سيغدو مزهقاً للأعصاب. وعلى الرغم من أن النساء كن الغالبات في فريق عملنا فقد استخدمنا دائماً للتبسيط صيغة المذكر عندما كان المقصود بالفاعلين والمفعول بهم في جملنا الرجال والنساء معاً.

فهل كان غوته يقصد كمال النساء فقط، عندما اختار في صياغة إحدى كلماته صيغة قواعدية مؤنثة؟

وماذا عن النقص ؟ أسئلة تلو أخرى، أخيراً نستطيع الآن الاهتمام بها.

كلاوس غراوة	روث دوناتي	فريدريكة بيرناور

It’s been a hard days night

And I’ve been working like a dog….

Beatles

الفصـــــــــل الأول: هـــــــــــدف الكتــــــــــــــــاب

خلاصـــــــــة

ينبئ هذا الكتاب بتحول ويريد نفسه أن يسهم فيه. فعبر عقود طويلة سادت في العلاج النفسي علاقات تشبه العلاقات قبل العلمية للعصور الوسطى. غير أنه في العقود الثلاثة الأخيرة بدأ شيء أشبه ما يكون بالتنوير، إنه علاج نفسي علمي بالمعنى الحقيقي للكلمة. إذ شيئاً فشيئاً بدأ العلم يحل محل الاعتقادات، والسلوك المهني بدلاً من الطقوس الخرافية. غير أن التنوير لم يقتحم وعي الجمهور كثيراً بعد، ولا حتى وعي جمهور المتخصصين. والممارسة العلاجية النفسية تعرج وراء المعارف العلمية كارهة. في حين تمتنع الطوائف المذهبية المصلحية المستفيدة من الحفاظ على الأوضاع القائمة عن الانضمام إلى المنطق التنويري و إلى التمهينية من خلال تحصنها بعناية خاف تعتيم سري مصان و عجز محجب. وهذا الكتاب يريد التنوير. يريد التنوير حول ما هو كائن و حول يما يمكن أن يكون. فالعلاج النفسي قد غدا في هذه الأثناء جزءاً مهماً من الإمداد الصحي، وسيكون في المستقبل أكثر أهمية. ومن خلال سوء الحال الذي يمكن تجنبه فإن الإسهام الممكن للعلاج النفسي في الإمداد الصحي لا يستثمر إلى مدى بعيد في الوقت الراهن، بل إن هناك شرخاً كبيراً بين ما هو ممكن بالفعل من خلال الاستثمار الفاعل لطرق العلاج النفسي المتوفرة وما يحدث بالفعل، إلى درجة لا يبدو فيها الأمر مقبولاً، لا أخلاقياً ولا اقتصادياً.أما أسباب ذلك فهي متنوعة ولن يكون من السهل تذليلها وتتجسد في عدم المعرفة بالفائدة الحقيقة لطرق العلاج النفسي منفردة. ويمكن لازدياد الوضوح لما يمكن لطرق العلاج النفسي المختلفة أن تقدمه أن يسهم في أن تحظى الطرق منفردة بالاستخدام في العيادات بما ويتناسب مع فاعليتها الحقيقة أكثر مما هو الحال في الوقت الراهن.

يكمن جوهر هذا الكتاب في التحليل الدقيق للدراسات العلاجية المتوفرة حول فاعلية الطرق العلاجية النفسية منفردة. وقد تم عرض نتائج هذه الدراسات بالتفصيل[3].بالإضافة إلى عرض كل الدراسات العلمية الإحصائية المتوفرة بالنسبة لكل طريقة وما أظهرته النتائج بالنسبة للفاعلية وطريقة التأثير ودواعي (استطباب Indication)

هذه الطرق العلاجية. وهذه المعلومات موجهة إلى الذين يمكن أن يستفيدوا منها، أي المعالجين والمدربين في مجال العلاج النفسي والمرضى وصناديق الضمان الصحي و سياسيي الصحة.

غير أن أهمية العرض الكامل للنتائج المتعلقة بتأثير الطرق العلاجية النفسية كلها و بالشكل الذي نقدمه هنا لا ينعكس بالفائدة على الأغراض التطبيقية مباشرة فحسب، وإنما يملك أيضاً قيمة معرفية فيما يتعلق بالمسألة المركزية لأبحاث العلاج النفسي: هل يمكن تحقيق تأثيرات علاجية معينة بطرق مختلفة؟ وهل هذه التأثيرات متشابهة بالفعل أم ترتبط بخصوصية الإجراء ضروب معينة من التأثير؟ هل هناك أية علاقة مؤكدة بشكل جيد بين خصوصيات المرضى وخصوصيات الإجراء وتأثيرات معينة؟ كل هذه الأسئلة لا تتحرك ضمن حدود مدارس علاجية معينة ولا تشترط وجود تفهم علاجي محدد. فالإحاطة الشاملة بتأثيرات العلاجات النفسية من أي نوع كان تتيح منظوراً لحدود الاتجاهات العلاجية المختلفة. فهل ستظهر من هذا المنظور أشياء، كانت مجهولة ضمن حدود الأشكال العلاجية منفردة أو ضمن حدود الدراسات الإمبيريقية؟ وعندما يتأمل الإنسان طبيعة العلاج النفسي من علو يتيح النظرة الشاملة، ألا تتضح التشكيلات غير الواضحة من منظور التقارير المنفردة لأنها تتجاوز مجالها بالأصل؟ كلها أسئلة تطرح نفسها.

وفي مدخل كتابنا قمنا بعرض الوضع الراهن في مجال العلاج النفسي. و ما دفعنا لجرد هذا المستوى من نتائج أبحاث العلاج النفسي إنما هو سوء الحال المسيطر هنا. وفي حين أننا حاولنا جهدنا توخي الموضوعية قدر الإمكان في عرض دراساتنا الإمبيريقية ونتائجها، فإن تقويمنا للوضع يتضمن الكثير من التقييمات الشخصية ونحن لا نتوقع أن يشاركنا القراء جميعهم هذه الآراء. والدراسات التي نشير إليها هنا كلفتنا 13 سنة من العمل المضني. ولا بد للمرء أن يمتلك أسباباً وجيهة من أجل أن يأخذ على عاتقه بإرادته مثل هذا الأمر. ونأمل أن يحمينا عرض الأسباب التي دفعتنا لهذا العمل من أن نتهم بالمازوخية. وعلى أية حال فنتائج أبحاثنا التي تشكل لب هذا الكتاب تمتلك قيمة موضوعية حتى دون الأسباب الذاتية التي دفعتنا لإجراء هذه الدراسات.متمنين أن تحظى باهتمام حتى أولئك الذين لا يشاركوننا الرأي.

1.هـــــــــدف الكتـــــــــــاب

1.1.العـــــــلاج النفســـــــــي - ابـــــن مجتمعنـــــــــا

إنه لمن قصر النظر اعتبار العلاج النفسي ثمرة من ثمار النفسانيين والمعالجين النفسيين. وعلى الرغم من أنه مما لا شك فيه أن فرويد يعتبر أبا التحليل النفسي وأن بيرلز قد أوجد العلاج الغشطالطي وأن روجرز كان المعالج الأول بالمحادثة (العلاج المتمركز حول المتعالج) ، غير أن إرجاع وجود العلاج

النفسي إلى مؤسسي المبادئ العلاجية سيكون كما لو أننا نحمل المحامين مسؤولية وجود القوانين. فصحيح أن المحامين هم الذين يصوغون القوانين، ولكن وجود القوانين بحد ذاته يكمن في أننا - أي المجتمع - نحتاج إلى قواعد ناظمة لتعايشنا.فالدرجة المتزايدة من التعقيد لأشكال حياتنا الاجتماعية - و نمو " مستوى الاعتماد المتبادل " Interdependencelevel في التعايش الاجتماعي - (Elias, 1953)كلها تقود بصورة متزايدة إلى ضرورة القواعد الناظمة. وهذا يمكن أن يصل بنا إلى درجة نشعر فيها بأننا مقيدون بشكل لا يطاق من خلال العدد الكبير من القواعد. ولكن الشكوى من المحاميين لن تجدي نفعاً. فنحن نحتاج إلى هذه القواعد لأننا نحن كما نحن عليه، ونحن لا نستطيع أن نفصلها عن ذاتنا. ووجود تشريعات أخرى غير تشريعاتنا تتطلب وجود بشر غيرنا .

وبالمقدار نفسه كذلك لا نستطيع أن نعزو إلى المعالجين النفسيين مسؤولية كون العلاج النفسي قد أصبح ظاهرة واسعة الانتشار. فالسبب الحقيقي لذلك هو نحن أنفسنا. وهذا يعني بالتحديد : أن حالتنا النفسية نفسها هي التي جعلت العلاج النفسي هكذا. فسبب تزايد وجود المعالجين النفسيين يرجع إلى وجود طلب متزايد الشدة باستمرار لما يقدمونه. ويقوم هذا الطلب على حالة متنامية باطراد من الحاجة والوعي بين أفراد مجتمعنا.

إننا نميل إلى اعتبار الحاضر على أنه أمر بديهي؛ وكذلك الكيفية التي ندرك ونفكر ونشعر ونتصرف فيها. غير أن الوعي الذي نعيش ونتصرف فيه اليوم يختلف في الواقع بشكل كبير عن وعي الناس الذين عاشوا في مراحل من التطور الحضاري المختلف عن حضارتنا، وحتى عن وعي أسلافنا في الحضارة الغربية. فقد أظهر يوليان يينيس Julian Jaynes في عام 1983 من خلال تحليله للإلياذة بوضوح كيف أن أبطال هوميروس قد تصرفوا نفسيا بشكل مختلف كلية عنا نحن بشر هذه الأيام. فهؤلاء تصرفوا مثلاً في مواقف الحسم المهمة وفق الإلهامات التي سمعوها على شكل أصوات دون الحضور الواقعي للأشخاص المطابقين. أما اليوم فكنا سنطلق على ذلك تسمية الأهلاس. فما نقيمه اليوم على أنه دليل لحالة نفسية مرضية كان يعتبر في زمن هوميروس عملاً نفسياً طبيعياً، لم يكن يحتاج لأي تفسير آخر.

ويرتبط الفصل الشديد للوظائف النفسية عن بعضها بعضاً الذي يميز وعينا الراهن بظروف حياتنا الراهنة بالمقدار نفسه الذي ارتبطت فيه خبرات أبطال هوميروس بظروف حياتهم. ولم يعالج أحد ذلك الارتباط المتبادل بين ظروف الحياة الاجتماعية والوعي الاجتماعي السائد بالصورة التي عالجها بها كارل تسفيلغماير Karl Zwilgmeier في كتابه " مرحل الأنا " الصادر في عام 1980. فظروف الحياة الاجتماعية الواقعية تشكل وعي وحالة الأفراد النفسية الذين يعيشون في هذا المجتمع، وهذا الوعي هو في الوقت نفسه حامل لأساليب الحياة

الواقعية. و ينعكس في المنتجات الثقافية للمجتمع ويمكن قراءته منها. ويجد كارل تسفيلغماير في تحليله الاجتماعي الثقافي للمراحل المختلفة من التطور بالنسبة لكل الحضارات الكبرى التي أوجدتها البشرية من خلال المراحل المختلفة لتطورها علاقة وثيقة بين ظروف الحياة الاقتصادية الاجتماعية المعنية و الوعي السائد للإنسان حول نفسه ارتباطاً بمحيطه وبمن حوله وبالمنتجات الحضارية لهذا المجتمع.

ومع كل الاختلاف بين الحضارات المختلفة تظهر دائماً عملية مطابقة لنمو الوعي تتميز باتجاه معين و بتعاقب متدرج المراحل. فمراحل الوعي الباكرة تتصف بشعور وثيق بارتباط الإنسان مع محيطه وبمن حوله دون التمييز بين الداخل والخارج كما هو الحال في خبرتنا الراهنة. فالإنسان يعيش ذاته كجزء من محيطه، وبصورة أقل كشخص مقابل محيط من المواضيع. إنه لا يعيش ذاته كفرد وإنما كجزء متكامل مع مجموعة. ولا يوجد تفكير مجرد منعزل عن الخبرات المباشرة و سياقات التصرف الملموسة. التفكير واللغة مجسمان - ملموسان، والتفكير والإحساس يشكلان وحدة. والوعي الموضوعي لا يشكل المدخل الوحيد للواقع، والمعبر نحو الغشية Trance والوجد سهل و ما يعاش فيهما يخبر كذلك كجزء من الواقع. وبشكل عام فإن وعي الإنسان في مرحلة حضارية باكرة يتميز بالتحديد والفصل بشكل أقل مما يميزنا نحن، بشر هذه الأيام، ففي هذه المراحل لم يكن يوجد أفراداً بعد، أبرزوا وعياً لأنفسهم منفصلاً عن محيطهم ومجموعتهم، وطوروا لأنفسهم أناً ذات معنى.

وربما يكفي هذا الوصف النفسي المختصر للإنسان من مرحلة حضارية باكرة من أجل إيضاح بأن ما نفهمه اليوم تحت اسم علم النفس والعلاج النفسي لا يمكن تصوره على الإطلاق وفق هذه المرحلة من تطور الوعي. لقد تطلب الأمر تغيرات جسيمة في حالة الإنسان النفسية وفي وعيه عن نفسه قياساً بمحيطه، إلى أن تمكن أخيراً من الوقوف منه - ومن نفسه - موقفاً متباعداً- معبراً (عاكساً (reflected، كما حدث في العلوم الطبيعية الحديثة أولاً ولاحقاً عند تأسيس علوم جديدة كلية يعد علم النفس من ضمنها .

ويرى تسفيلغماير أن القدرة المتزايدة على التباعد العاكس للخبرات المباشرة هي الوجه الأساسي الميسر لنمو الوعي الإنساني. ففي سياق هذه العملية من التباعد العاكس يكون الإنسان وعياً متزايد الوضوح عن ذاته كفرد مستقل،يواجه محيطه بشكل عاكس وفاعل. وقد تقدمت هذه العملية في النصف الثاني من القرن التاسع عشر إلى درجة تمكن فيها الإنسان من مواجهة ذاته كذلك في هذا الشكل العاكس- المتباعد ومن جعل ذاته في وجوده النفسي موضوعاً لتأمل موضوعي. وكانت تلك لحظة ولادة علم النفس كعلم مستقل. وقد تبعتها بعد وقت قصير ولادة التحليل النفسي، الذي جعلت فيه النظرة العاكسة - المتباعدة للوظيفة النفسية الذاتية الناقل الرئيسي لشكل مباشر وشخصي جداً من حركة علم النفس.

إذاً فالتطور العام للوعي كان السماد الذي أثمر العلاج النفسي في أشكاله المختلفة وأنبت وما زال ينبت باستمرار أزهاراً جديدة، أنجزه كثير من الناس في مجتمعنا وما زالوا حتى الآن و باطراد متزايد على وشك إنجازه لهم شخصياً. وقد وقف مؤسسو الأشكال المختلفة من العلاج النفسي في قمة هذا التطور، إلاّ أنهم ليسوا أكثر من مجرد جزء من تطور عام، كان سيتم دون أي واحد منهم بطريقة مشابهة أيضاً. ومن المؤكد أن عمل العلاج النفسي اليوم تهذيب هذا الوعي. على أن علم النفس والعلاج النفسي مثمران ومطلوبان لهذه الدرجة لوجود حالة مطابقة من الحاجة والوعي لدى كثير من أفراد مجتمعنا بالأصل. وهذه الحالة هي مرآة وحامل في الوقت نفسه لظروف حياتنا الاجتماعية الواقعية. إذ بدأ عدد متزايد من الناس بإعارة أهمية لوجودهم النفسي الفردي. ورغبتهم في حياة عامرة لا تتجه إلى العمل والأسرة ومستوى الحياة فحسب وإنما تستند بشكل واضح إلى أنفسهم ذاتها أيضاً. فكثير منهم يريدون اكتشاف ذاتهم و معرفة أنفسهم بصورة أفضل، وأن يعيشوا ويجربوا في الإمكانات غير المعروفة، وآخرون يبحثون عن المعنى والتوجه و "الشفاء" الشامل أيضاً. فعارضوا و شاروا العلاج النفسي يتحركون على المرحلة نفسها من الوعي ويلعبون عليها اللعبة نفسها بأدوار موزعة ومتكاملة .

ومن الناحية الاقتصادية يتعلق الأمر بسوق للخدمات ما زالت حرة كلية ذات إمكانات نمو غير عادية. فمن ناحية توجد عروض جديدة باستمرار وواعدة ومغلفة بشكل أفضل ومستهلكون متحمسون نهمون للخبرة وللخبرة الذاتية من ناحية أخرى. والمتسابقون على هذه السوق الحرة هي تلك العروض التي تَعد بخبرات شخصية مكثفة أو التي تقدم شيئاً جديداً كلية. وتحدد هذه العروض بشدة صورة ظهور العلاج النفسي في الحياة العامة. وفي الواقع تعطي أقسام الإعلان في الجرائد والمجلات ورفوف البيع في المكتبات صورة مشوهة جداً عن العلاج النفسي. حيث يتسم ما لا يوجد حتى الآن و الرائع و الواعد بالإثارة بمبالغة في التمثيل أو العرض. أما المبادئ العلاجية المهمة فعلاً فإنها لا تحظى بالمقابل إلا بالقليل جداً من الاهتمام. فمستهلكوها وعارضوها يشكلون سوقاً آخر أكثر انتظاماً ألا وهو سوق الرعاية الصحية. وهنا لا يعد العلاج النفسي رائعاً أو مثيراً وإنما إمكانية علاج إلى جانب إمكانات أخرى لمجال محدد من حالات الأمراض. فالاندماج في نظام الرعاية الراسخ أكسب العلاج النفسي هنا مظهراً أكثر حصافة. غير أن هذا التخفيض أو الانكماش إلى مظهره الشافي قد قصره في الوقت نفسه على شيء ينتمي إلى لب جوهره. فمن ناحية أصله الاجتماعي فإن العلاج النفسي عبارة عن شكل من ممارسة علم النفس للصالح الشخصي جداً للفرد. إنه يشترط وجود وعي محدد، غير أنه يعني في الوقت نفسه تربية وتنمية لهذا الوعي. فما يحدث من هذه الزاوية في العلاج النفسي غير قائم لذاته وإنما عبارة عن جزء من نمو فوق فردي واسع الانتشار للوعي، يتجلى في كثير من مجالات حياتنا الاجتماعية و يحدد باعتباره كذلك أيضاً. وقد وجدت

العروض العلمية الشعبية حول هذا الموضوع على نحو " عصر التحول " لفريتيوف كابراس Fritjof Capras 1983 الكثير من القراء إلى درجة أنها تخطت قوائم الطلبيات. وغالبية تجار الكتب قد أفردوا في هذه الأثناء رفوفاً خاصة بمواضيع "البيئة" و "الوعي". و يرجع الانجذاب الحاصل من خلال "الأدبيات القانصة للاتجاه" إلى رؤيا جديدة للإنسان حول ذاته. فالإنسان يرى نفسه مغروساً في شبكة من العوامل البيئية المتبادلة التأثير.

وهو من هذه الناحية منتج ونتاج في الوقت نفسه لظروف حياته الواقعية ومتأثر ومؤثر معاً، دون إمكانية فصل أحدهما عن الآخر. فحالته النفسية هي مرآة لظروف حياته الاجتماعية والفردية الملموسة من جهة وفي الوقت نفسه أساس ومحافظ على هذه الظروف. وقد حلت هذه الرؤية الموصوفة بالتفاعلية أو الدائرية أو التبادلية أو المنظومية أو حتى البيئية للعلاقة بين الفرد ومحيطه في العقود الأخيرة محل كلتا الرؤيتين السائدتين سابقاً، أي الرؤيا النفسية الدينامية والرؤيا النظرية السلوكية، على نطاق واسع. أما السمة الجوهرية لهاتين الرؤيتين السابقتين فتتمثل في تحديدهما للفرد والمحيط بشكل منفصل و بعد ذلك يتم ربطهما بعلاقة مع بعضهما على شكل علاقة سببية وحيدة الاتجاه. إن التفاعل البين نفسي للقوى بين المركبات النفسية الأنا والهو والأنا الأعلى وبين اللاشعوري والشعور هو سبب السلوك الملحوظ للإنسان في المحيط. إلاّ أنه لا يتم الاستناد إلى هذه القوى في البناءات البين نفسية ذاتها بأي شكل من الأشكال. أو الرؤيا المقابلة التي تنظر للسلوك على أنه متعلق وظيفياً بالمثيرات التي تؤثر على الفرد التي ينبغي تحديدها موضوعياً. فالمحيط هنا قائم بشكل مستقل عن الفرد المدرك والخابر له، وليس باعتباره " مجال حياة " مصمم وفق الأهمية الذاتية، بالشكل الذي تصورها فيه ليفين (1937)، أحد الممثلين الأوائل للرؤيا التفاعلية في علم النفس فيما بعد. وعلى الرغم من أن كل من الرؤيا الدينامية النفسية والنظرية السلوكية تبدوان بأنهما تحتلان مواقع متناقضة، إلا أنهما تتحركان على المرحلة نفسها من الوعي، التي ينفصل فيها الداخل والخارج، الفرد والمحيط بشكل قاطع ويوضعان بعلاقة مع بعضهما على أنهما كينونتان منفصلتان. وقد تم في هذه الأثناء في علم النفس ذي الاتجاه التجريبي إدراك أن التفسيرات الوحيدة الاتجاه للسلوك والفاصلة للفرد عن المحيط، والتي قام عليها البحث النفسي لعقود قد قادت إلى طرق مسدودة وحلت محلها تصورات ومبادئ بحث جديدة على نطاق واسع. والصفة المشتركة لهذه المبادئ الجديدة عدم تحديد الفرد والمحيط بوصفهما كيانين منفصلين عن بعضهما وإنما مرتبطان بعلاقة "تفاعلية- متلازمة البناء " Constructimmanent-interactional مع بعضهما. (Heckhausen, 1982 ; Grawe, 1985) غير أن الرؤى النفسية الدينامية والنظرية السلوكية مازالت هي الرؤى السائدة في العلاج النفسي. وتشكل إحداهما أساس التنوع الكبير للأشكال العلاجية التحليلية النفسية والإنسانية، والثانية أساس الطيف الكلي للطرائق العلاجية السلوكية. ومن الممكن

للمبادئ الجديدة القائمة على أسس تفاعلية ومنظومية أن تكون موجودة إلا أنها حتى الآن لم تؤكد نفسها في الممارسة والتأهيل بعد. وترجع مسؤولية ذلك بشكل خاص إلى الطبيعة المحافظة على استمرارية ذاتها للمدارس العلاجية. وهذه الطبيعة تقود إلى أن التطورات والمعارف المفاهيمية الجديدة لا تجد مدخلاً إلى العلاج النفسي إلاّ على شكل مدارس علاجية جديدة "أحدث" و لا يتم تقبلها على مستويات واسعة. ومن هنا فإن العلاج النفسي مثل نظامنا الصحي تماماً ليسا على مستوى الذي نعيش إن صح التعبير. ففي كليهما، العلاج النفسي والنظام الصحي، هناك اتجاهات شديدة، ثابتة و قائمة على أساس خارج العلم تعيق التطور وفق مستوى المعرفة العلمية المتبدل و المستوى العام للوعي.

مبدئياً يمكن لذلك الذي يشكل عصارة العلاج النفسي، أي الانعكاس الواعي لأسلوب الحياة ووضعها الخاص، أن يتم تعلم رؤيته ذاته كفاعل ومنفعل في الوقت نفسه، بالضبط كتطبيق ملموس بشكل مباشر واستخدام للوعي البيئي على ذاته وحياته الخاصة. ومما لاشك فيه فإن العلاج النفسي كعملية Process يعد وسيلة اجتماعية ذات قيمة في خدمة الإنسان على مستوى عصرنا. غير أن التصورات المضمونية القائمة عليها غالبية التأهيلات العلاجية تتحرك على مستوى قبلي من التطور. فالوعي البيئي النامي على مستويات واسعة في الوقت الراهن للإنسان حول ذاته في علاقته بمحيطه، الذي شكل علم النفس والعلاج النفسي أشكاله الأولية من الناحية التاريخية، يتضمن تصورات عن الصحة الجسدية والنفسية، مختلفة كلية عن التصورات الراهنة لنظام صحي يقوم على نموذج بيولوجي للمرض. وهذا الوعي أدركه علم الطب منذ أمد بعيد أيضاً. ومن هنا توجد هوة كبيرة بين مستوى المعرفة القائمة في الطب وطبيعة نظامنا الصحي. وعلى المدى البعيد يتم التشكيك بصورة متزايدة بالنظام الصحي بشكله الحالي من قبل التطور الطبي الداخلي و التطور العام للوعي. غير أن هذا التطور مازال في بداياته. والتوصيف الراهن للعلاج النفسي في النظام الصحي مازال يتحرك ضمن نموذج تفكير تم تجاوزه منذ زمن من حيث المبدأ يتناقض في أساسه مع المضامين المرتبطة بشروط العلاج النفسي. وهذا يقود إلى مشكلات غير قابلة للحل ضمن هذا النموذج من التفكير. ومن ضمن ذلك على سبيل المثال تعريف مشكلات الحياة "العادية " normal وفصلها أو تحديدها عن " الاضطرابات ذات القيمة المرضية "، والتفريق بين الإرشاد والعلاج النفسي وبين العلاج والوقاية. ويكمن سبب صعوبة وضع هذه الحدود في كونها غير موجودة في الواقع. وأسبابها ليست في الموضوع وإنما في مقتضيات نظامنا الصحي الذي يحتاج هذه الحدود من أجل تنظيم الضمان الصحي و الإجازات المرضية والسماح بمزاولة العمل ...الخ. وتزداد ضخامة التناقضات المرتبطة بذلك في نظامنا الصحي كلما ازداد اشتمال تطور الوعي المناقش أعلاه على مجالات الحياة ككل. وسوف لن تحل بصورة مقبولة إلاّ إذا اعتمد النظام الصحي مرة

مفهوماً شاملاً للصحة بدلاً من مفهوم تم تجاوزه منذ أمد بعيد للمرض. وحتى ذلك الوقت سوف يظل الأمر يدور على الأول حول التغلب على العبثية الهشة المرتبطة بدمج العلاج النفسي في النظام الصحي الراهن.

إلاّ أن سوء الحال في مجال العلاج النفسي لا يتعلق بأن ما يحدث في العلاج النفسي بالفعل لا يتوافق في الواقع مع نموذج المرض "الجامد" السائد في نظامنا الصحي فقط؛ إنه مصنوع داخلياً في جزء لا بأس به ويسجل في حساب المعالجين النفسيين أنفسهم.

2.1. العـــــلاج النفســـــي في النظـــــام الصحـــــي

1.2.1. ما الذي يستطيع العلاج النفسي الإسهام به في الرعاية الصحية؟

يختلف العلاج النفسي عن طرق العلاج الأخرى من خلال استخدامه للوسائل النفسية من أجل تحقيق أهدافه. ويعرف العلاج النفسي من خلال أساليبه وليس من خلال مجال استخداماته. فالاضطرابات و الأمراض النفسية الجسدية تشكل بلا شك المجال الرئيسي لاستخداماته. غير أنه يزداد استخدام الطرق النفسية بصورة مطردة في الاضطرابات العضوية الخالصة - بشكل مترافق مع الإجراءات الطبية. وعليه فهي تسهم بشكل جوهري في نجاح العلاج في عمليات القلب ونقل الأعضاء والديلزة والمعاناة من الحوادث والروماتيزم ومعالجة حالات الألم وما يشبه ذلك على سبيل المثال (راجع مثلاً H?fling, 1988; Speidel, & Strauss, 1992a).كما وأن حدود مجال الاستخدام في مجال المعبر بين الصحة والمرض أكثر مطاطية. فعدد الناس الذين يذهبون للعلاج النفسي دون أن يشعروا بأنهم مرضى أو مضطربون بالمعنى الفعلي يزداد باستمرار. حتى أنه يطلب من المعالجين النفسين أنفسهم أن يجروا " علاجاً ذاتياً " كجزء من تأهيلهم. وبالمقدار نفسه الذي لا نستطيع فيه كثيراً تعريف العلاج النفسي من خلال مجال استخداماته فإننا لا نستطيع تعريفه كذلك من خلال أهدافه. إذ يظهر استخدامه الغالب منذ زمن فيما يسمى بالمجال السوي أن الأمر لا يتعلق دائماً "بالشفاء" بالمعنى الحقيقي للكلمة. فهل مازال من المفيد هنا عموماً الحديث عن العلاج النفسي؟ ومن ناحية أخرى فإن ما يتم إجراؤه في هذا أو ذاك المجال من الاستخدام هو في النهاية نفسه. فالمستخدمون والطرق المستخدمة متطابقون لمدى بعيد، سواء تعلق الأمر بالاستخدام في المجال السوي أم بمجال المرض.

ويحاول المشرعون ومؤسسات التأمين الصحي تحديد العلاج النفسي عن الإرشاد النفسي.ويعتبرون الأول خاص بالاضطرابات ذات القيمة المرضية والثاني بالمشكلات في المجال السوي. ولكن أين هي الحدود؟ فعندما يفقد أحدهم الرغبة بكل شيء في أزمة حياتية ويفقد الشهية ولا ينام جيداً ولا يشعر بالراحة

ويذهب بهذه الشكاوى إلى الطبيب فإنه لا يوجد منذ البداية أي شك بأن صندوق التأمين الصحي سيدفع التكاليف العلاجية. وفي نظامنا الصحي الراهن من المحتمل جداً أن يحصل هذا "المريض" على أدوية كالمهدئات ومضادات الاكتئاب والمنومات وما يشبه ذلك. ومما لاشك فيه منذ البدء بأن اضطراباته ذات "قيمة مرضية". فإذا ما راجع الشخص نفسه في الموقف نفسه بالمقابل المتخصص النفسي من أجل العلاج النفسي فسوف تتحول الاضطرابات نفسها إلى تضررات في صحته نتيجة مشكلات حياتية "طبيعية" و على المريض الذي يتحول من خلال ذلك إلى "متعالج " Client أن يتحمل وحده تكاليف العلاج. وليست المشكلة بحد ذاتها وإنما الإتيكيت أو اللقب الذي يلصق به والشخصان اللذان يلصقان هذا اللقب هما اللذان يقرران جداً في نظامنا الصحي كيفية التعامل مع مشكلة ما. وفي مثالنا فإنه يخمن أنه من الأفضل بالنسبة للمعني إذا ما قدم له شخص متخصص المساعدة النفسية من أجل التغلب على أزمته الحياتية عوضاً عن تجرعه المهدئات و المنومات إلى أن يتغلب على مشكلته الحياتية بطريقة أو بأخرى - أو حتى لا يتغلب - دون مثل هذه المساعدة المتخصصة. وسوف لن يكون الأول الذي لن يستطيع التخلص من هذه الأدوية ويبقى متعلقاً بها بشكل دائم. ولا يقود نظامنا الصحي ذو التوجه العلاجي الخالص إلى تكاليف لا يمكن تعويضها بالنسبة لملايين الناس فيما يتعلق بنوعية الحياة الضائعة منهم لسنوات بصورة لم تكن ضرورية فحسب وإنما يقود أيضاً بالنسبة للمجتمع إلى تكاليف اقتصادية هائلة .(Meyer et al., 1991) وسوف لن يكون من المجدي البحث عن الذنب الرئيسي لدى الطبيب الفرد، الذي يلصق في مثل هذه الحال اللقب المناسب ويصف الأدوية. فالنظام مبرمج كقانون بشكل خاطئ. إن غرف الانتظار عند الأطباء العامين وأطباء الداخلية ....الخ ممتلئة بالمراجعين الذين قاموا بتلقيب أنفسهم وفق قواعد مجتمعنا. و 25% حتى 30% من المرضى ككل الذين يراجعون العيادات العامة يعانون طبقاً لنتائج الدراسات الجائحية epidemiologicalمن اضطرابات نفسية ويحتاجون إلى العلاج النفسي-Zintl (Wiegand et al.,1980; Meyer et al. 1991على سبيل المثال) غير أنهم يلجؤون بأعراض ما إلى الطبيب لأنه بطاقة الدخول المعترف بها اجتماعياً إلى دور المريض و لأنهم يعالجون عندئذ وفقاً لهذه الأعراض.

لقد أظهرت دراسات جائحية مختلفة بأن المرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية تحتاج للمعالجة يراجعون دائماً تقريباً في البداية الطبيب العام وهناك غالباً ما يتم تشخيصهم وعلاجهم طبياً لسنوات عدة(MEYER, et al. , 1991) و وفق دراسة لشابيرو وآخرون(Shapiro, 1948) فإن 18 % فقط من المرضى باضطرابات نفسية يلجؤون إلى الطبيب النفسي أو المتخصص النفسي مباشرة وأن 70% بالمقابل يلجئون إلى الطبيب العام. وفي دراسة لبوتولو وهوفلنغ (Botollo & H?fling , 1984)على مرضى يعانون من حالات قلق مزمنة بلغت النسب المئوية

المطابقة 9 مقابل 51%. وفي دراسة مجراة بعناية على عينة ممثلة بلغ عددها 600 مواطن من مدينة مانهايم وجد شيبانك (Schepank, 1987) نسبة بلغت 26% يعانون من تضررات نفسية شديدة بحيث تم تقويمها من الفاحص بأنها بحاجة للمعالجة. و يمكن اعتبار هذا التقدير بالنسبة للأوضاع في المحيط الناطق بالألمانية موثوق بحق للتكرار الأساسي للاضطرابات النفسية التي تحتاج إلى المعالجة. إلا أن 5% فقط من المفحوصين قد لجؤوا من أنفسهم خلال 3 سنوات بعد الاستبيان الأول إلى طبيب نفسي أو عصبي أو متخصص نفسي. ووفق دراسات أخرى (مثال Reimer et al., 1979) يستمر الوضع في المتوسط حوالي 6 حتى 7 سنوات إلى أن يصل مريض ما يعاني من اضطرابات نفسية المنشأ محتاجة للمعالجة أخيراً إلى متخصص في هذا المجال (أنظر كذلك Meyer et al., 1991). مع العلم أن النسب المئوية المذكورة لا تشتمل على أولئك المرضى الذين يصبحون مرضى نتيجة الظروف الحياتية المرهقة، أي الذين يفترض في الحقيقة أن يتعلق الأمر لديهم بالدرجة الأولى بمساعدتهم بالتعامل مع الإرهاقات بشكل أفضل أو على التخلص منها، فالإقدام على إجراء مثل هذه التعديلات في أسلوب الحياة والمرافقة في ذلك بشكل داعم، يعد مجال استخدام جوهري للطرق التأثيرية أو التدخلية intervention التي نلخصها في مجموعها هنا للتبسيط تحت مصطلح "العلاج النفسي". فهذا النوع من المرضى لا يعالج على الإطلاق أو لن يعالج نفسياً في أقرب فرصة كما يفترض في الواقع أن يكون.

و المعالجة النفسية المبكرة سوف لن توفر على المريض المعني سنوات من المعاناة غير اللازمة فحسب وإنما ستوفر كذلك على المجتمع ككل مصاريف غير عادية. فقد أظهرت تحليلات التكاليف والفوائد فيما يتعلق باستخدام المعالجة النفسية بأن تكرار مراجعة العيادات الطبية بعد المعالجة النفسية على المدى البعيد أقل بصورة جوهرية مما هو الأمر عليه دون معالجة نفسية وبالتالي فإن المصاريف التي يتم توفيرها من خلال ذلك تفوق مصاريف إجراء معالجة نفسية لأبعد حد (مثال .Bühringer & Hahlweg, 1988; Zielke, 1989) وليس هذا مجرد أمل غامض وإنما توجد أرقام مبرهنة جيداً. فقد تمت على سبيل المثال في دراسة لفوليت وآخرين (Follette et al., 1967) مقارنة اللجوء إلى المرافق الطبية لدى 152 مريض باضطرابات نفسية قبل وبعد المعالجة النفسية. فجلسة علاجية نفسية واحدة كانت كافية لتخفيض استهلاك الأدوية و مراجعات الطبيب في السنوات الخمس بعد المعالجة بنسبة 60%، و المعالجة النفسية المختصرة نسبياً (بين الجلسة و33 جلسة) قادت إلى تخفيض بلغت نسبته 75%. ومقارنة بعينة ضابطة من المرضى غير المعالجين ارتفعت بالمقابل نسبة مراجعة المرافق الطبية في الفترة نفسها. و وتبرز هذه الدراسة ضمن عدد أكبر من الدراسات، التي تصل كلها من حيث المبدأ إلى نتيجة قابلة للمقارنة بسبب طول

فترة الدراسة. فقد درس مثلاً كل من روزين وفينس (Rosen & Wiens, 1979) فترة بلغت 12 شهراً قبل وبعد المعالجة النفسية. ففي حين أنه لدى مرضى المجموعة الضابطة التي عولجت طبياً فقط،لم يتم إيجاد أي تغير في الحالة الصحية تحسنت الحالة الصحية للمرضى المعالجين نفسياً بصورة كبيرة جداً. وطبقاً لذلك انخفضت مراجعاتهم للمرافق الطبية مقارنة بالعينة الضابطة بنسبة 69%. وخلال فترة ملاحظة استمرت ستة أشهر قبل وبعد المعالجة النفسية لاحظ لونغوباردي (Longobardi, 1981)وجود انخفاض في مراجعة المرافق الطبية بنسبة 64% لدى مرضى كانوا قد عولجوا نفسياً. كما واستنتج غونيك وآخرون (Gonik et al., 1981) أنه قد بلغت فترة دخول المرضى العصابيون و النفسجسديون إلى المستشفى بعد مرور سنتين من انتهاء المعالجة النفسية ستة أيام في المتوسط فقط، في حين أن القيمة المقابلة لدى عينة ضابطة قد فاقت أحد عشر يوماً.

وفي هذه الأثناء قمنا في معهد علم النفس في بيرن بإجراء تحليل بعدي منهجي لنتائج الدراسات المتخصصة بتأثير الخدمات النفسية على ازدياد مصاريف الخدمات الطبية .(Baltensberger, 1993) ووفقاً لذلك فقد قادت التأثيرات النفسية المدروسة إلى تخفيض لاستخدام الخدمات الطبية بنسبة 35% في المتوسط. ومن الفرق بين المصاريف المطلقة للخدمات الطبية والنفسية ظهر توفير جوهري للمصاريف الصافية في كل حالة معالجة. وسوف نقوم في الفصل الثاني بتقديم معطيات ملموسة أكثر حول ذلك. ومن هنا فإن الأمر ليس عبارة عن أحلام تمنيات من المتخصصين النفسانيين وإنما واقع حقيقي، يتمثل في أن الاستغلال المتزايد للإمكانات العلاجية النفسية في المكان الذي أثبتت فيه هذه الإمكانات نفسها حسب نتائج الدراسات العلمية، سوف يوفر النقود أولاً بدلاً من أن تكون مكلفة.

وتستند الأرقام المذكورة حتى الآن على المعالجات النفسية فقط بالمقارنة مع المعالجات الطبية الخالصة وكبديل لها. غير أن المعالجات النفسية والطبية لا تقفان دائماً مقابل بعضهما كبديلين ينفي أحدهما الآخر. وإنما ظهر أنه في الاضطرابات النفسية الجسدية بشكل خاص يك التوليف بين المعالجات النفسية وبين المعالجة الطبية المناسبة في الوقت نفسه مفيد. وهنا كذلك في هذا الشكل من الاستخدام يمكن للعلاج النفسي أن يسهم في تخفيض شديد للمصاريف. فقد وجد كل من كوخ (Koch, 1979) و كاتالان وآخرون (Catalan et al., 1984) وروبسون وفرانس وبلاند (Robson, France & Bland, 1984)على سبيل المثال انخفاض كبير في وصف الأدوية إذا ما عمل الطبيب العام مع متخصص نفساني عيادي .

وعلى الرغم من الأرقام المثيرة للانطباع إلى حد ما والتي وجدت في الدراسات المذكورة فإنها تعني أيضاً التقليل الشديد من قيمة التوفير الحقيقي للمصاريف. ذلك أن الأرقام تستند إلى المصاريف العلاجية الطبية فقط بالمعنى الضيق. وفي الواقع لابد أن تؤخذ عوامل أخرى بالحسبان من أجل التقدير الحقيقي للمصاريف

التي تسببها حالات المرض بالنسبة للاقتصاد على نحو التعطل عن العمل والتقاعد المبكر... الخ. وقد قام ديتير (Deter, 1986) بإجراء تحليل شامل للمصاريف والفوائد يشتمل على مثل تلك التكاليف الاجتماعية بالمعنى الواسع بالنسبة لمجموعة خاصة من مرضى الربو. فحسب معطيات صندوق الضمان الصحي العام في جمهورية ألمانيا الاتحادية بلغت التكاليف الناجمة عن التعطل المؤقت عن العمل من خلال التقارير الطبية بالنسبة ل 23591 مريض بالربو وحدها 12,7 ملايين مارك. وخلال سنة قدمت طلبات من 2387 مريض من أجل التقاعد المبكر. وعادة ما لا يأخذ التأمين الصحي هذه التكاليف الباهظة جداً بالنسبة للاقتصاد ككل بعين الاعتبار، عندما يقوم بحساب تكلفة إصدار تراخيص جديدة للمعالجين النفسيين، ذلك أن صندوق التأمين الصحي لا يدفع هذه التكاليف وإنما تُدفع من قبل مصادر أخرى (كأرباب العمل وصندوق التقاعد). وبشكل عام يتوصل ديتير في حساباته إلى توفير مقداره 9075 مارك لكل مريض إذا ما تمت معالجة مريض الربو طبياً و نفسياً في الوقت نفسه. وهذا هو المبلغ الحقيقي الذي يجب أن تحسب مقابله تكاليف المعالجة النفسية. وعندما تتجاوز تكاليف العلاج النفسي مبلغ 9075 ماركاً يمكن للقيام بمعالجة نفسية إضافية أن يكاف بالفعل شيئاً بدلاً من التوفير. وفي دراسة أخرى مضبوطة حول الفاعلية (Deter, 1989)أمكن إجراء مقارنة مباشرة للتكاليف بالنسبة للمعالجة الطبية فقط أو للمعالجة الطبية و النفسية لمرضى الربو. فقد بلغت تكاليف المعالجة النفسية بالمجموعات ككل 1951 ماركاً (تكاليف علاج وسفر المرضى والغياب عن العمل بسبب العلاج). وبلغ التوفير الذي تم حسابه بصورة محافظة جداً 7858 ماركاً. أي أن العلاج قد قاد إلى توفير صاف مقداره 5907 ماركاً لكل مريض بالربو. وهذا ليس توهماً وإنما صورة من العلاج الواقعي لمرضى الربو في النصف الثاني من الثمانينات في هايديلبيرغ.

وكل هذه التحليلات للتكاليف والفوائد محسوبة بالمارك والبفينيج ، أما المعاناة غير الضرورية التي تلحق بالكثير من خلال البنى الراهنة لنظامنا الصحي والسنوات المديدة من المعالجة غير المثمرة بطرق غير مناسبة والتضررات الملحقة بنوعية الحياة فهذه لا يمكن حسابها بالمال. ولكن من السخرية بمكان عدم إدخال الربح الذي يمكن تحقيقه في نوعية الحياة من خلال المعالجة النفسية المبكرة في الحسابات الكلية للتكاليف والفوائد، فالنظام الصحي لا يخدم في النهاية إلا قيمة معنوية، ألا وهي صحة الإنسان الفرد. وبهذا المعنى فإنه يصعب تقبل الأمر عندما يمتنع الضمان الصحي عن تمويل العلاج النفسي بحجة أن التوفير المتوقع للتكاليف الذي يمكن تحقيقه من خلال العلاج النفسي المستنتج من الدراسات العلمية لا يمكن تحقيقه في الواقع، لأن الخدمات الطبية - التي كانت ستزول بذلك- سوف تضطر، من جانب الأطباء، للتعويض من أجل ضمان دخلها من خلال تقديم خدمات إضافية أخرى. وحتى لو كان الأمر كذلك

- والذي يعني إقفال أغلب الأبواب في وجه العلاج النفسي - فهل يكون هذا سبباً قاطعاً لترك ملايين الناس تحت معاناة غير لازمة من خلال منعهم من الحصول على مساعدة فاعلة مراعاة للمصالح المالية لمجموعة مهنية معينة؟ فلمن يقدم نظامنا الصحي خدماته؟، وما هي المصالح ذات الأولوية : مصالح المتعالجين أم المعالجين ؟ فعندما يتحول حساب التكاليف والفوائد في النظام الصحي الذي يمثل هدفه المعنوي الحقيقي تحسين الحالة الصحية للمتعالجين، إلى حساب للموارد التي يحققها للمعالج والتكاليف التي يتكلفها الضمان الصحي فقط، فإن شذوذ نظامنا الصحي سيكون عندئذ كاملاً. فإذا ما تعقبنا الحجج التي تطرحها بعض روابط الأطباء و ممثلو مؤسسات الضمان الصحي و مسؤولو الصحة لإعاقة توسيع الخدمات النفسية من خلال الاعتراف الرسمي بالنفسانيين كمهنة مساعدة - تشكل النقاشات حول نتائج " تقرير بحث حول قضية قانون للعلاج النفسي" بتكليف من الحكومة الألمانية (Meyer et al., 1991) تمثيلية استعراضية لذلك -، عندئذ لا تبدو هذه الحالة الوهمية بعيدة جداً. إلاّ أن النظام الصحي الذي تستخدم فيه راحة المرضى ذريعة من أجل تحقيق مصالحه المادية فقط لن يستطيع لفترة طويلة ستر حاجته الجذرية للإصلاح. وليس في كل مرة تسلم الجرة..

لا بد للمرء في نظامنا الصحي أن يكون مريضاً بحق كي يتمتع بعلاج نفسي ممول أو مدعوم من الضمان الصحي. وكثير جداً ما لا يتم النظر للعلاج النفسي إلا بعد استنفاذ الإمكانات العلاجية الأخرى وبقائها دون نجاح. وحتى هذه التكاليف يمكن توفير قسم كبير منها إذا ما تم في تلك الأمراض التي يعد فيها العلاج النفسي فاعلاً (مستطبب Indicate) التدخل بالعلاج النفسي في الوقت المناسب. إلاّ أن الوقت المناسب يعني في غالبية الحالات وجود مشكلات حياتية وليس "اضطرابات ذات قيمة مرضية". و عندما تفكر صناديق الضمان الصحي ووزارات الصحة في العلاج النفسي ترى نفسها مقبلة على وابل من التكاليف.وبالنسبة لها فإن توسيع المعالجات النفسية يعني توسعاً لدليل الحسابات ومحيط متلقي الخدمات. وهذا خوف تقليدي للنظام داخل نظامنا الصحي، الموجه نحو " إزالة الاضطرابات". غير أنه ضمن نظام صحي يسعى إلى التنمية الشاملة لصحة جسمية ونفسية جيدة قدر الإمكان، تشكل طرق التدخل أو التأثير النفسية المبكرة الوسيلة الوقائية الأهم من أجل تنمية نوعية أعلى للحياة بشكل عام والإبقاء على تكاليف الإجراءات العلاجية منخفضة قدر الإمكان .

وعندما نغض النظر عن الوجوه المادية تظهر الدراسات المذكورة بأن صحة الإنسان المتضررة جسدياً ونفسياً يمكن تحسينها بشكل كبير من خلال العلاج النفسي. وقد قدمت نتائج دراساتنا حول فاعليات طرائق العلاج منفردة في صور الاضطرابات المختلفة براهين أكثر إقناعاً. غير أنه في نظام رعايتنا الصحي الراهن لا يستخدم العلاج النفسي، هذا إذا ما استخدم، إلا في وقت

متأخر وبشكل نادر جداً. فالاستخدام المبكر والأكثر انتشاراً لطرق العلاج النفسي يمكن أن يقدم إذاً فاعلية و فائدة اقتصادية كلية أعلى بكثير مما هو محقق اليوم. وهنا تشكل تحليلات الفوائد والتكاليف المجراة دعماً للإمكانات. إنها تستند إلى الإمداد العلاجي النفسي في نوعيته الراهنة. و النتائج المذكورة في هذا الكتاب تشير بأن نوعية الإمداد العلاجي النفسي يمكن تحسينها أيضاً بشكل كبير لو تمت معالجة الاضطرابات المعنية بتلك الطرق التي أثبتت بشكل خاص فاعليتها بالفعل بالنسبة لتلك الاضطرابات بشكل أكبر مما هو عليه الأمر اليوم. إن رفع النوعية الضمن علاجية نفسية intra-psychotherapeutic والتي تشكل موضوع كتابنا يمكنها أن تحسن فاعلية وتكاليف العلاج النفسي فوق النسبة المذكورة على أساس من تحليلات الفوائد والتكاليف بدرجة كبيرة. وينطبق هذا على صحة ونوعية حياة المواطنين وعلى الاقتصاد أيضاً. فازدياد العلاج النفسي لن يكلف أكثر بصورة مباشرة بل على العكس سوف يوفر أموالاً تصرف لإغراض أخرى.

لن يتحول نظامنا الصحي بين ليلة وضحاها من نظام صحي يقتصر تقريباً على العلاج إلى نظام صحي وقائي في توجهه. ومن غير المجدي انتظار هذا اليوم من أجل تغيير سوء الحال المذكور. والتحول من نظام إلى آخر لا يمكن أن يتم إلا خطوة فخطوة والخطوات الممكنة الآن لابد من المضي فيها كي تصبح الخطوات التالية ممكنة.

ويمكن لإعادة تقويم طرق التأثير النفسية أن تشكل خطوة مهمة على هذا الطريق. غير أن إعادة التقويم هذه لا تمس بأي شكل من الأشكال تمويل العلاج النفسي فقط وإنما مجموعة كاملة من ضروب نظامنا الصحي والتأهيلي، حتى ضمن مجال العلاج النفسي ذاته، التي تعيق الاستخدام الأمثل لهذه الطرق.

2.2.1. من المسمـوح له ومن عليــه القيــام بالعـــلاج النفســـي

يعرف العلاج النفسي من خلال استخدام طرق التأثير النفسية. والمنطق الإنساني السليم يفترض أنه لابد من أجل الاستخدام المتخصص لطرق التأثير النفسية من توفر معرفة جيدة قدر الإمكان بالوظيفة النفسية السوية والمضطربة؛ كيف تنمو وتتعدل الاتجاهات والقيم والدوافع والمعارف والمهارات والعادات وأنماط الارتكاس الانفعالية ؟ ما هي أشكال ارتكاس الجهاز النفسي التي تتجلى في مواقف الصراع أو الإرهاق أو الخسارة الشديدة، وكيف يمكن التأثير في هذه الأنماط من الارتكاسات؟ كيف يرتبط الإدراك والتفكير والمشاعر بعضه مع بعض؟ هل يمكن التأثير بأحدها من خلال التأثير بالآخر ؟ كيف تتغير المجريات النفسية لدى إنسان يكون في حالة قلق؟ كيف تتعامل العمليات النفسية الشعورية و اللاشعورية مع بعضها، وما هي إمكانات التأثير الموجودة من عملية لأخرى ؟ ما هو الفرق بين المحادثة العلاجية والمحادثة العادية اليومية؟ ما الذي يمكنه فيها أن يقود إلى فاعلية علاجية وما هي الطريقة و ما هي هذه التأثيرات العلاجية؟.

كيف يمكن لنوع محدد من إدارة المحادثة أن يمتلك تأثيرات واسعة المدى على الوظيفة النفسية ؟ ما الذي لا يمكن تعديله من خلال المحادثات، وما هي إمكانات التأثير النفسية البديلة الموجودة؟

هذه الأسئلة وأسئلة أخرى كثيرة تشكل موضوع الدراسة في علم النفس. وفي التوجه نحو الدراسة في علم النفس العيادي يتم إكمال معالجة هذه المسائل من خلال مدخل أساسي في علم نفس الاضطرابات النفسية منفردة: كيف تتغير العمليات المذكورة أعلاه في الاكتئابات وحالات القلق والقسر والفصامات والكحولية...الخ. ما هي طرق التأثير النفسية التي أثبتت نفسها في الاضطرابات المعنية، ما الذي لابد من مراعاته في أثناء تطبيقها، و أيتها التي ثبت أنها غير قابلة للاستخدام ...الخ.

وحول ذلك كله لا يعرف الطبيب (للأسف) خلال الدراسة العادية للطب أي شيء تقريباً. وهو بعد حصوله على الترخيص كطبيب غير معد في العادة لإجراء المعالجات النفسية بشكل أفضل بكثير من المحامي أو التربوي أو رجل الدين. ومن المؤكد أن الطبيب الفرد مثله مثل أي مجموعة مهنية أخرى قادر على امتلاك شروط شخصية جيدة بالنسبة لمهنة المعالج النفسي. غير أن ما ينقصه بصورة كاملة تقريباً هو التأهيل المتخصص بعد تخرجه من الدراسة العادية للطب. والنسبة الضئيلة نسبياً من الأطباء الذين يقومون بعد تخرجهم من الطب بإجراء تأهيل علاجي نفسي إضافي، لا يخبرون شيئاً تقريباً حول ما الذي وجد في علم النفس حول الوظيفة النفسية المضطربة للإنسان. فالبنى القائمة تقود غالبية الأطباء ذوي الاهتمامات النفسية إلى التأهيل العلاجي التحليلي وفي هذا النوع من التأهيل لا يلعب مستوى المعرفة حول علم النفس ذي التوجه الإمبيريقي (الميداني (empirical أي دور على الإطلاق تقريباً. والقيام بتأهيل علاجي نفسي في إحدى المدارس العلاجية التي تعتبر نفسها مستقلة بصرح نظري خاص، والتي لا تستند إلى مستوى المعرفة في علم النفس الإمبيريقي تحمي المعالج الطبي الطالب من إدراك النقص الذي يمتلكه مقابل المتخصص النفسي في المرحلة نفسها من التأهيل. وينتج عن ذلك خلط تعيس بين الانتماء المدرسي العلاجي والمهنة. فالأطباء يقومون في جزء كبير جداً بإجراء تأهيل تحليلي نفسي -هذا إذا ما أجروا تأهيلاً علاجياً- وبالتحديد لأن التحليل النفسي لا يتطلب مراعاة مستوى المعرفة في علم النفس ذي الاتجاه الإمبيريقي في حين أن المتخصصين النفسيين بالمقابل يجرون في غالبيتهم تأهيلاً علاجياً سلوكياً أو متمركزاً حول المتعالج .وكل منهما - أي العلاج السلوكي والمتمركز حول المتعالج- يستند أكثر بكثير من التحليل النفسي على مستوى المعرفة الراهنة المحققة في علم النفس.

ويقود هذا الخلط بين المهنة و التوجه العلاجي إلى أن المتخصصين النفسيين يجرون في المتوسط العلاج النفسي بشكل أنجع من الأطباء ذلك أن أشكال

المعالجات التي يتم تأهيل غالبية المتخصصين النفسيين فيها أكثر فاعلية في المتوسط من المعالجة التحليلية وذلك مجال واسع من الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية. ولابد من رؤية هذه الحقيقة، التي من مصلحة الأطباء أن يغطوها بشدة، ضمن إطار سياق شامل لا يوجد وعي له حتى الآن. فأسياد العلاج النفسي العلمي منذ زمن بعيد هم المتخصصون النفسيون بالدرجة الأولى وليس الأطباء. و للمرة الأولى تقدم لنا الدراسات التي أجريناها أرقاماً مؤكدة بشكل جيد يصعب الحصول عليها بطرق أخرى: فمن كل دراسات العلاج النفسي المضبوطة المجراة على عينات عيادية بين عامي 1936 و 1983 نفذت 67% من قبل المتخصصين النفسيين أو بمشاركة رئيسية لهم و 30% من الأطباء و 3% من أفراد مجموعات مهنية أخرى. وتستند هذه النسب المئوية على باحثين من الدراسات العلاجية النفسية العيادية فقط. أما نسبة المتخصصين النفسيين بالنسبة للعدد الأكبر من ذلك بكثير للدراسات العلاجية غير العيادية فتقع أعلى من ذلك بكثير. إذاً فالبحث العلاجي النفسي و البحث العلاجي النفسي العيادي هو منذ القدم في جزء كبير منه من اختصاص المتخصصين النفسيين. والنسبة شبيهة بما يتعلق بالممارسة العلاجية. ففي أل 897 دراسة عيادية علاجية التي قمنا بها كانت نسبة المعالجين الذين يقومون بالمعالجة 54% متخصصين نفسيين و 23% أطباء و 23 % من مجموعات مهنية أخرى. فنسبة المتخصصين النفسيين الذين يمارسون العلاج النفسي - وهنا أخذنا بعين الاعتبار العلاج النفسي المجرى لأغراض الشفاء فقط- ضعف الأطباء تقريباً، على الأقل فيما يتعلق بالاشتغال العلمي و ممارسة العلاج النفسي.

وبالتالي فإن المتخصصين النفسيين في المتوسط مؤهلون بشكل أفضل بكثير من الأطباء. فهم الذين درسوا بشكل أساسي استخدام العلاج النفسي بشكل علمي للأغراض الشفائية و يمارسونه في غالبيتهم ؛ ويقومون في المتوسط بعلاجات أكثر فاعلية من الأطباء.

ومن الفوضى اللامعقولة لنظامنا الصحي أنه على الرغم من كل ذلك تطالب روابط الأطباء بأن تكون المسؤولة قيادياً عن العلاج النفسي. وبالفعل فوقاحة اتحاد نقابات الأطباء لجمهورية ألمانيا الاتحادية في عام 1993 جعلته يطالب أنه حتى التأهيل في العلاج السلوكي الذي تم تطويره عملياً من قبل علماء النفس يجب ألاّ يتم الاعتراف به إلاّ إذا كانت إدارته للأطباء. بل أن روابط الأطباء تطالب بكل جدية بعدم السماح بإجراء المعالجات النفسية من قبل المتخصصين النفسيين الذين هم أكثر كفاءة في هذا المجال إلا تحت مسؤولية طبيب متخصص وألا يسمح بالعمل العلاجي النفسي إلاّ إذا "فوض" العلاج من قبل طبيب.

إن التباعد الهائل بين الكفاءة التخصصية الحقيقية و مطلب النفوذ النقابي لا يمكنه الاستمرار أيضاً من قبل اللوبي المؤثر. فتحت ضغط الظروف الواقعية نشأت في عدة دول أوروبية مؤخراً تنظيمات قانونية لمهنة المعالجين النفسيين

المتخصصين بعلم النفسي أو أنها الآن في طور التأسيس. إلا أنه يتعلق الأمر في التنظيمات المدخلة الآن بشكل غالب فقط حول ملاءمة متأخرة للقانون مع الظروف التي كانت قد تغيرت في الواقع مع المحافظة القصوى على المكاسب النقابية والتقليل من التكاليف. ولا يتعلق الأمر في الواقع بتحسين نوعية الإمداد النفسي العلاجي، إذ أنه لو كان الأمر كذلك لطالب المرء من كل من يحق له ممارسة العلاج النفسي نفس المتطلبات التأهيلية العالية قدر الإمكان. ولكن في الوقت الراهن ليس هذا هو الحال. فالطبيب سوف يبقى وفق التنظيم الحالي في نهاية تأهيله العلاجي في المتوسط أسوأ بكثير من المتخصص النفسي من الناحية التأهيلية.

ومما لاشك فيه فإن المسائل المثارة هنا ترتبط بعلاقة أخرى مهدد فيها الوعي بالضياع في المناقشات السياسية المهنية الراهنة. فالصراع النقابي المهني بين الأطباء والمتخصصين النفسيين في مجال العلاج النفسي والذي يفترض أن تخف حدته من خلال التنظيمات القانونية الجديدة لا يشكل في الواقع إلا جزءاً من تحولات كثيرة أشمل لنظامنا الصحي الوشيكة الوقوع. والضغط نحو هذا التحول لا يأتي من نقابة مهنية معينة وإنما يرتبط مع الوعي المتغير للإنسان ذاته، الذي يرى نفسه - بما في ذلك صحته الجسدية والنفسية ومخاطرها - مغروساً في شبكة من الروابط البيئية.

ولا يقتصر هذا التطور على اختصاص منفرد، وإنما يمتد ليشمل أجزاء من مجالات وعلوم اجتماعية كثيرة منها الطب أيضاً. وكما نلاحظ اليوم فإن علم النفس يقتحم في أشكال تطبيقاته المختلفة أجزاء متزايدة الاطراد من مجالات اجتماعية لأنه يجسد إمكانية الوضع الملموس لهذا الوعي الجديد موضع التنفيذ. وبالمقدار الذي تعتبر فيه الصحة بأنها شيء يمكن بناؤه وتنميته و المحافظة عليه بشكل فاعل من خلال أسلوب الحياة المناسب فإنها لا تعود قضية خاصة بهيئة الأطباء وحدها. فإلى جانب الفئات المهنية الأخرى يحظى بشكل خاص النفسانيون الذين يهتمون بشكل مباشر بانعكاس وتغيرات أسلوب الحياة الملموس للأفراد، بوظيفة متزايدة الأهمية في النظام الصحي وفقاً للتصورات الصحية المتبدلة. ولابد من أن يقود هذا التطور في الوضع القائم حتى الآن المتعلق بالتفرد التخصصي لهيئة الأطباء بموضوع الصحة إلى صراعات مهنية. فإذا ما لم تعد الصحة تعرف من خلال الحالة الجسدية العامة الجيدة بل من خلال الصحة النفسية والاجتماعية أيضاً - وقد أخذت منظمة الصحة العالمية بهذه المظاهر على سبيل الملاحظة - يكون بذلك قد سحب الأساس الذي يقوم عليه ادعاء التفرد التخصصي للطب العضوي ىه المهنية.

والتطور المناقش هنا هو تطور حتمي ذلك أنه مرتبط بشدة مع التطور الاجتماعي العام الذي تحدثنا عنه. إن الاعتراف بالمعالجين النفسيين النفسانيين Psychological Psychotherapists كفئة مهنية مستقلة يشكل خطوة صغيرة في هذا ولكنها مهمة. وفي الحقيقة فإنه من خلال الاعتراف بالمسؤولية المهنية

المستقلة للمعالجين النفسيين النفسانيين العاملين يتم تأطير الأوضاع القائمة في الواقع منذ زمن طويل في صيغة قانونية. و مع ذلك فإننا نتوقع من هذه الملائمة المتأخرة للقوانين مع الواقع تأثيراً على المستقبل، وذلك في مجال التأهيل في مجال العلاج النفسي وبنتيجة ذلك على نوعية عروض الخدمات النفسية العلاجية.

وعلى ما يبدو فإن نظام التأهيل الراهن بحد ذاته أهم عامل يسبب استمرار سوء الحال في مجال العلاج النفسي. إذ يتصف النظام بمسارات تأهيل كثيرة قائمة إلى جانب بعضها متوجهة نحو مدارس علاجية محددة. فأصحاب مسارات التأهيل عبارة عن روابط ومعاهد علاجية مستقلة اقتصاديا في العادة مندمج كل منها مع مدرسة علاجية محددة ومؤسسها. وهكذا يستطيع المرء أن يتأهل في التحليل النفسي الفرويدي و العلاج الفردي وفق آدلر أو التحليل اليونغي و العلاج الغشطاطي و المعالجة النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج) وفق روجرز و العلاج التصوري [4] أو التخيلي والعلاج المنظومي...الخ وبهذا يتم قبوله في المدرسة العلاجية المعنية. فالتأهيل يعد أهم وسيلة لتفريخ المدار س العلاجية ودون التأهيل المرتبط بالمدارس العلاجية سوف تفقد الروابط والمؤسسات المعنية وما شابه مبرر وجودها وسوف تكون مهددة بأن تحل. وهذا يولد ضرورة تخريج ناشئة متماهية مع المدرسة المعنية بشدة قدر الإمكان. ويترافق مع ذلك الفصل أو التحديد عن المدارس الأخرى. ويتم عرض الحقيقة الخاصة للمدرسة المعنية على أنها الحقيقة الوحيدة. أما ما يقوم به الآخرون فيقود إلى التضليل أو على الأقل لا يمتلك إلا قيمة ضئيلة. وكل ذلك يحصل طبعاً بقناعات ذاتية مطلقة في فعل ذلك من أجل "الخير الأفضل للمريض". ولكن بما أن كل المدارس العلاجية تفعل ذلك في الوقت نفسه وتنفي بعضها البعض بقدر ما تستطيع فإنه من السهولة بمكان اكتشاف الأمر من الخارج، الأمر الذي يتم إنكاره داخل المدارس العلاجية. وفي الواقع فإن الأمر يتعلق بالمحافظة على استمرارية الحقيقة الذاتية والهوية المرتبطة بها ومبررات الوجود الذاتية وليس بمصلحة المرضى كما يدعى. إذ أنه مما لاشك فيه أنه سيكون من الأفضل من أجل خير المريض لو يعالَج هذا المريض بالطريقة التي تَعد بالحل الأمثل لمشكلاته والتي تفي بهذا الوعد أيضاً. ولكن عندما لا يهتم ممثلو مدرسة ما على الإطلاق بالتأثير الحقيقي لشكلهم العلاجي على المشكلات المختلفة وعندما لا يأخذون أبداً بعين الاعتبار الإمكانات التي طورت بشكل واسع لمعالجة الاضطرابات المتفرقة، فإن "خير المريض" يبدو عندئذ معطفاً شديد الرقة من أجل تغليف المصالح الذاتية المكشوفة الكامنة خلف هذا التقصير. فمن السهل التعرف على ما هو مموه أو محمي: فماذا سيفعل الشخص الذي لم يتعلم من العلاج النفسي غير علم نفس كارل غوستاف يونغ وعلاجه مثلاً، إذا ما ظهر أن هذا العلاج أقل تأثير من طرق العلاج الأخرى؟ وهنا لن يستنتج أن المبالغ

الطائلة التي صرفها على تأهيله كانت استثماراً خاطئاً فحسب وإنما ستقف كل منظومة اعتقاداته التي تبناها في سياق تأهيله و بالتالي هويته المهنية على كف عفريت. وما هي الهوية المهنية التي تبقى لشخص كان تأهيله الكامل محصوراً في مدرسة علاجية وحيدة، إذا ما سحب منه هذا الأساس أو تم التشكيك فيه؟

هذه الديناميكية البسيطة هي السبب الرئيسي في رعب الكثير من المعالجين النفسيين من الإرجاعات الموضوعية حول الفائدة الحقيقية لأسلوبهم العلاجي كرعب الشيطان من الماء المقدس. فغالبية المدارس العلاجية تستثني المعلومات حول التأثير الحقيقي للأشكال المختلفة من العلاج من مسارات التأهيل فيها. وتوجد استثناءات لهذا في الاتجاهات العلاجية الأقرب للتوجه الذرائعي الحال للمشكلة منها إلى الاتجاه القائم على إيديولوجية علاجية معينة. فكلما كان المعالج النفسي أقل "زواجاً" من إيديولوجية علاجية محددة كان أكثر انفتاحاً على المعلومات التي تشير إلى وجود أساليب أكثر فاعلية من الأساليب المستخدمة منه حتى الآن. والمعالج الذي تمتع بتأهيل واسع ويستمد هويته المهنية من مهمة مساعدة مرضاه بصورة فاعلة قدر الإمكان لا يحتاج إلى صد المعلومات حول الفاعلية الفعلية للطرق العلاجية المتفرقة بل على العكس فسوف يرحب بها كمعلومات مفيدة من أجل التمكن من ترتيب عمله الخاص وفقاً لذلك و تصميمه بشكل أكثر فاعلية. ويحلو لممارسي العلاج النفسي عزو حقيقة أن نتائج أبحاث العلاج النفسي لم يتم تبنيها وتطبيقها حتى الآن في الممارسة العلاجية على الإطلاق إلى عدم الأهمية المزعومة للبحث في الممارسة العملية. غير أن العارف في البحث العلاجي النفسي بالفعل يستطيع تقديم مئات من الأمثلة حول النتائج ذات الأهمية المباشرة بشكل قاطع بالنسبة للممارسة العلاجية والتي لا يتم الأخذ بها هناك على الإطلاق. و يقدم هذا الكتاب في فصوله كماً من هذه الأمثلة. والسبب الفعلي لاحتقار النتائج الموضوعية حول التأثير الحقيقي للأساليب العلاجية المختلفة يكمن في نظام التأهيل العلاجي المرتبط بالمدارس. فالمعالجون دون أساس تأهيلي نفسي وعلاجي نفسي واسعين والذين اقتصر تأهيلهم على مبدأ علاجي وحيد وترتبط هويتهم المهنية بهذا المبدأ الوحيد سوف يميلون دائماً إلى حماية هذا المبدأ وهويتهم الذاتية وأساس وجودهم المرتبط به. وهم مستعدون عند الضرورة للتطوير داخل مبدئهم العلاجي الخاص. غير أنه حتى هذه التطورات لا يجوز لها الذهاب إلى مدى بعيد وإلا سوف يعتبرونها تهديداً أيضاً وسوف يتم طرد أولئك المعدلين من المدرسة العلاجية المعنية واعتبارهم هراطقة. ويقدم لنا تطور التحليل النفسي مجموعة كاملة من الأمثلة (أنظر حول ذلك كل من Cremerius, 1982 ; Wunderlich, 1991). إن المدرسة العلاجية ذات الهوية الشاملة أو المستقلة هي وحدها التي تسمح بتقبل كل المعارف المهمة بالنسبة لمجال العلاج النفسي و باستخدامها بشكل فاعل في الممارسة العملية.

ولحسن الحظ تؤثر الخبرات العلاجية المتزايدة للمعالجين منفردين بشكل عكسي على الميل المضيق للتأهيل المرتبط بالمدارس العلاجية. فقد أظهرت دراسات مختلفة)أنظر حول ذلك(Garfield, 1982

بأن قسم كبير من المعالجين النفسيين الممارسين يتحرر بالتدريج أكثر فأكثر من خلال الخبرات المهنية المتزايدة من تضييقات مدرسته العلاجية الأصلية ويعتمد بدلاً من ذلك على خبراته الخاصة كخط موجه لتصرفه. وهنا يمكن أيضا أن ينشأ الانفتاح والفضول لمعرفة ما تقدمه المبادئ الأخرى بالنسبة لممارسته الخاصة. غير أن هذه العملية مازالت تجري على مستويات المعالجين المتفرقين أكثر من كونها تجري على مستويات المدارس العلاجية ومؤسسات التأهيل. ولا تتشكل الخبرات التي يجمعها المعالجون المتفرقون بصورة مستقلة عن بعضهم البعض في تصور علاجي مشترك مستقل يمكنه أن يصبح من جهته أساس للتأهيل المناسب.

أما المدى الذي يشير إلى مقدار بعدنا عن "العلاج النفسي العام" فلا يظهر وحده فقط من خلال ضآلة أخذ مستوى نتائج أبحاث العلاج النفسي بعين الاعتبار ودمج التأهيل والممارسة. و ما يزال من الصعب بالنسبة للمنطق الإنساني السليم فهم عدم الاستناد إلى مستوى المعرفة الكلي لعلم النفس في مسارات التأهيل العلاجية ذات الاتجاه المدرسي على الإطلاق. وقلما توجد جامعة على وجه الأرض في البلدان المتطورة لا يمارس فيها علماء عدة التعليم والبحث في مجال علم النفس. فعلم النفس اليوم من المجالات التخصصية الكبيرة المبنية بشكل جيد. و يرتبط الاهتمام القوي المنعكس برغبة الدارسين الشباب بدراسة هذا التخصص بتطور الوعي الموصوف أعلاه. وداخل علم النفس يتجه الاهتمام الأشد من الناحية الرقمية نحو فرع علم النفس العيادي ومن هنا فهو يعد من التخصصات المبنية جيداً في غالبية الجامعات. ويهتم علم النفس العيادي بشكل خاص بمنشأ الاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها. وعدد المجلات العلمية التي تنشر الدراسات الإمبيريقية في هذا المجال يصل إلى المئات. فهل من الممكن فعلاً تصور أن يكون ما تم بحثه وإنجازه هناك خلال عقود كثيرة غير ذي قيمة بالنسبة للمعالجين المستقبليين؟ هل فعلاً نتائج الآلاف الكثيرة من الدراسات العلمية التي تبلورت بالتدريج حول ظاهرة القلق بأشكالها وعواقبها المختلفة مجرد بضاعة فائضة لشخص يريد معالجة الاضطرابات التي يلعب فيها القلق دوراً مركزياً؟ كيف ينبغي للمرء وفق المستوى الهائل من المعرفة الذي تم إنجازه في علم النفس العيادي في فروعه المختلفة، النظر إلى مثل هذه التأهيلات العلاجية التي تقتصر على تعليم متدربيها ما الذي قاله مؤسسو المدارس العلاجية المتفرقة و تلامذتهم قبل عقود عديدة على الأغلب حول الموضوعات المعنية والتي غالباً ما تتصرف وكأن مستوى المعرفة الذي تم إنجازه في علم النفس ذو الاتجاه التجريبي غير مهم بالنسبة لها لأنها تمتلك علم نفسها الخاص بها؟. سوف

يقر المرء بشهادة يهوه بأنه بما أنها لها عقيدتها الخاصة فليس بالضرورة أن تؤمن باعتقاد الكنيسة الكاثوليكية. ولكن عندما يتعلق الأمر بخدمات اجتماعية مهمة مثل معالجة الاضطرابات النفسية الشديدة هل يفترض من مجتمعنا أن يتسامح مع الطوائف العلاجية النفسية بل وحتى استحسانها وتمويلها؟

ويقود التأهيل العلاجي"ضيق الأفق" المرتبط بالمدارس بشكل مباشر إلى سوء خطير في وضع المرافق العلاجية النفسية. إذ تتم هنا معالجة المريض بالطرق التي تنتمي إلى مجال المعالج المعني أو المؤسسة المعنية التي يلجأ المريض إليها بغض النظر عن طبيعة اضطرابه. فإذا ما لجأ إلى مؤسسة تعمل بالتحليل النفسي فسوف يعالج بالتحليل النفسي...الخ. غير أن غالبية المرضى الذين يعانون بالفعل لا يريدون الحصول على معالجة من اتجاه محدد كلية على الإطلاق، وإنما يتوقعون ببساطة مساعدة فاعلة قدر الإمكان لما يضايقهم. وما يهمهم بشكل خاص هو الاستفادة من العلاج. ومن هنا فإنه يفترض من منظومة المرافق التي تهتم بمصلحة المرضى أن تكون منظمة بحيث يعالج المريض - بغض النظر عن كل الإيديولوجيات العلاجية – بالطرق التي أثبتت فاعليتها بالنسبة لاضطرابه. وهذا يمكن أن يبدو على نحو إما أن يمتلك المعالج نفسه طيف المجال كله لإمكانات المعالجة الفاعلة أو أن يعرف كل إمكانات المعالجة الممكنة وتأثيراتها الفعلية ويقوم بتحويل المريض إلى معالج مناسب لهذا الغرض. وكلا هذين الشكلين لا يمارسان اليوم إلاّ بشكل استثنائي جداً. فالمعالجون الذين يريدون والذين قد يكونوا قادرين على التصرف بهذا الشكل لابد وأن يمروا بتأهيل آخر كلية عما هو سائد اليوم.

وينبغي لتأهيلهم أن يستند إلى مستوى المعرفة السريع التطور في علم النفس و إلى مستوى نتائج البحث العلاجي النفسي وليس إلى حقيقة تحافظ على استمراريتها بنفسها. و يتم العمل على مستوى المعرفة هذا وتعليمه في الجامعات والمؤسسات المشابهة. وبشكل مغاير لما هو الحال عليه في الولايات المتحدة الأمريكية التي يتم تاهيل المعالجين النفسيين النفسانيين في درجة الدكتوراه في الفلسفة 📫👎📫♒🏳 ضمن مسارات الدراسات العليا الصعبة المتطلبات، مازالت عروض التأهيل الرسمية العلنية في الدراسات العليا في العلاج النفسي في المحيط الناطق بالألمانية وفي كثير من البلدان الأوروبية الأخرى في بداياتها. وليس من المفاجئ أن يكون هذا هو الحال إذ أن مسارات التدريب التي تؤهل مهنياً والتي تقدمها أو تعرضها المؤسسات الحكومية تشترط طبعاً وجود مهنة معترف بها، يتم التأهيل لها. ومن هنا فإن التنظيمات القانونية لممارسة مهنة معالجين نفسيين نفسانيين تعتبر شرطاً لإقامة أو تنصيب مسارات تأهيل مطابقة. وهناك حيث توجد مثل هذه التنظيمات أو تكون منتظرة فإن الوقت قد حان لإجراء إصلاحات شاملة لنظام التأهيل النفسي العلاجي.

وعلى الرغم من الأرقام المثيرة للانطباع إلى حد ما والتي وجدت في

الدراسات المذكورة فإنها تعني أيضاً التقليل الشديد من قيمة التوفير الحقيقي للمصاريف. ذلك أن الأرقام تستند إلى المصاريف العلاجية الطبية فقط بالمعنى الضيق. وفي الواقع لابد أن تؤخذ عوامل أخرى بالحسبان من أجل التقدير الحقيقي للمصاريف التي تسببها حالات المرض بالنسبة للاقتصاد على نحو التعطل عن العمل والتقاعد المبكر... الخ. وقد قام ديتير (Deter, 1986) بإجراء تحليل شامل للمصاريف والفوائد يشتمل على مثل تلك التكاليف الاجتماعية بالمعنى الواسع بالنسبة لمجموعة خاصة من مرضى الربو. فحسب معطيات صندوق الضمان الصحي العام في جمهورية ألمانيا الاتحادية بلغت التكاليف الناجمة عن التعطل المؤقت عن العمل من خلال التقارير الطبية بالنسبة ل 23591 مريض بالربو وحدها 12,7 ملايين مارك. وخلال سنة قدمت طلبات من 2387 مريض من أجل التقاعد المبكر. وعادة ما لا يأخذ التأمين الصحي هذه التكاليف الباهظة جداً بالنسبة للاقتصاد ككل بعين الاعتبار، عندما يقوم بحساب تكلفة إصدار تراخيص جديدة للمعالجين النفسيين، ذلك أن صندوق التأمين الصحي لا يدفع هذه التكاليف وإنما تُدفع من قبل مصادر أخرى (كأرباب العمل وصندوق التقاعد). وبشكل عام يتوصل ديتير في حساباته إلى توفير مقداره 9075 مارك لكل مريض إذا ما تمت معالجة مريض الربو طبياً و نفسياً في الوقت نفسه. وهذا هو المبلغ الحقيقي الذي يجب أن تحسب مقابله تكاليف المعالجة النفسية. وعندما تتجاوز تكاليف العلاج النفسي مبلغ 9075 ماركاً يمكن للقيام بمعالجة نفسية إضافية أن يكلف بالفعل شيئاً بدلاً من التوفير. وفي دراسة أخرى مضبوطة حول الفاعلية (Deter, 1989) أمكن إجراء مقارنة مباشرة للتكاليف بالنسبة للمعالجة الطبية فقط أو للمعالجة الطبية و النفسية لمرضى الربو. فقد بلغت تكاليف المعالجة النفسية بالمجموعات ككل 1951 ماركاً (تكاليف علاج وسفر المرضى والغياب عن العمل بسبب العلاج). ومبلغ التوفير الذي تم حسابه بصورة محافظة جداً 7858 ماركاً. أي أن العلاج قد قاد إلى توفير صاف مقداره 5907 ماركاً لكل مريض بالربو. وهذا ليس توهماً وإنما صورة من العلاج الواقعي لمرضى الربو في النصف الثاني من الثمانينات في هايديلبيرغ .

وكل هذه التحليلات للتكاليف والفوائد محسوبة بالمارك والبفينيج ، أما المعاناة غير الضرورية التي تلحق بالكثير من خلال البنى الراهنة لنظامنا الصحي والسنوات المديدة من المعالجة غير المثمرة بطرق غير مناسبة والتضررات الملحقة بنوعية الحياة فهذه لا يمكن حسابها بالمال. ولكن من السخرية بمكان عدم إدخال الربح الذي يمكن تحقيقه في نوعية الحياة من خلال المعالجة النفسية المبكرة في الحسابات الكلية للتكاليف والفوائد، فالنظام الصحي لا يخدم في النهاية إلا قيمة معنوية، ألا وهي صحة الإنسان الفرد. وبهذا المعنى فإنه يصعب تقبل الأمر عندما يمتنع الضمان الصحي عن تمويل العلاج النفسي بحجة أن التوفير المتوقع للتكاليف الذي يمكن تحقيقه من خلال العلاج النفسي

المستنتج من الدراسات العلمية لا يمكن تحقيقه في الواقع، لأن الخدمات الطبية - التي كانت ستزول بذلك- سوف تضطر، من جانب الأطباء، للتعويض من أجل ضمان دخلها من خلال تقديم خدمات إضافية أخرى. وحتى لو كان الأمر كذلك - والذي يعني إقفال أغلب الأبواب في وجه العلاج النفسي - فهل يكون هذا سبباً قاطعاً لترك ملايين الناس تحت معاناة غير لازمة من خلال منعهم من الحصول على مساعدة فاعلة مراعاة للمصالح المالية لمجموعة مهنية معينة؟ فلمن يقدم نظامنا الصحي خدماته؟، وما هي المصالح ذات الأولوية : مصالح المتعالجين أم المعالجين ؟ فعندما يتحول حساب التكاليف والفوائد في النظام الصحي الذي يمثل هدفه المعنوي الحقيقي تحسين الحالة الصحية للمتعالجين، إلى حساب للموارد التي يحققها للمعالج والتكاليف التي يتكلفها الضمان الصحي فقط، فإن شذوذ نظامنا الصحي سيكون عندئذ كاملاً. فإذا ما تعقبنا الحجج التي تطرحها بعض روابط الأطباء و ممثلو مؤسسات الضمان الصحي و مسؤولو الصحة لإعاقة توسيع الخدمات النفسية من خلال الاعتراف الرسمي بالنفسانيين كمهنة مساعدة - تشكل النقاشات حول نتائج " تقرير بحث حول قضية قانون للعلاج النفسي" بتكليف من الحكومة الألمانية (Meyer et al., 1991) تمثيلية استعراضية لذلك -، عندئذ لا تبدو هذه الحالة الوهمية بعيدة جداً. إلاّ أن النظام الصحي الذي تستخدم فيه راحة المرضى ذريعة من أجل تحقيق مصالحه المادية فقط لن يستطيع لفترة طويلة ستر حاجته الجذرية للإصلاح. وليس في كل مرة تسلم الجرة .

لا بد للمرء في نظامنا الصحي أن يكون مريضاً بحق كي يتمتع بعلاج نفسي ممول أو مدعوم من الضمان الصحي. وكثير جداً ما لا يتم النظر للعلاج النفسي إلا بعد استنفاذ الإمكانات العلاجية الأخرى وبقائها دون نجاح. وحتى هذه التكاليف يمكن توفير قسم كبير منها إذا ما تم في تلك الأمراض التي يعد فيها العلاج النفسي فاعلاً (مستطب (Indicate التدخل بالعلاج النفسي في الوقت المناسب. إلاّ أن الوقت المناسب يعني في غالبية الحالات وجود مشكلات حياتية وليس "اضطرابات ذات قيمة مرضية". و عندما تفكر صناديق الضمان الصحي ووزارات الصحة في العلاج النفسي ترى نفسها مقبلة على وابل من التكاليف.وبالنسبة لها فإن توسيع المعالجات النفسية يعني توسعاً لدليل الحسابات ومحيط متلقي الخدمات. وهذا خوف تقليدي للنظام داخل نظامنا الصحي، الموجه نحو " إزالة الاضطرابات". غير أنه ضمن نظام صحي يسعى إلى التنمية الشاملة لصحة جسمية ونفسية جيدة قدر الإمكان، تشكل طرق التدخل أو التأثير النفسية المبكرة الوسيلة الوقائية الأهم من أجل تنمية نوعية أعلى للحياة بشكل عام والإبقاء على تكاليف الإجراءات العلاجية منخفضة قدر الإمكان .

ولا يمكن للمرء هنا توقع حصول دفع من قبل روابط ومؤسسات مدارس العلاج النفسي المتفرقة. مع العلم أن ما تقدمه هذه المدارس العلاجية من أساليب

مبرهنة ينبغي أن يدمج في مسارات التأهيل الجديدة الواجب تطويرها إذ أن هذه الأساليب بمجموعها تشكل في الوقت الراهن المهارات Know-how الراهنة في مجال العلاج النفسي. ولكن التضييق المدرسي الذي يحافظ على استمراريته من خلال العزل الذاتي والذي يعيق الاستغلال الشامل الفاعل المتجاوز لحدود المدرسية لهذه المهارات العلاجية هو الذي لابد من تجاوزه. و ما يعيق تطوير العلاج النفسي ليس ما تقدمه المدارس العلاجية المتفرقة من محتوى بحد ذاته وإنما خلط هذه المحتويات مع أسس مؤسساتية وتنظيمية محددة. فالروابط والمؤسسات تميل إلى الحفاظ على نفسها، وهي تحتاج من أجل ذلك إلى محتويات معينة تبرر وجودها. فإذا ما أدخلت هذه المحتويات في قطب "علاج نفسي عام" فإن كثير من المؤسسات و المنظمات العلاجية القائمة ستفقد مبرر وجودها. ومن هنا فإن تأسيس مسارات تأهيل مستقلة عن المدارس وممولة حكومياً لمهنة العلاج النفسي سوف يثير مخاوف وجودية مؤسساتية وفردية لدى المدارس العلاجية و أنصارها وآليات دفاع مطابقة.

كما وأنها سوف تثير بالإضافة إلى ذلك توترات مهنية بين الأطباء والمتخصصين النفسيين. فأساس التأهيل في مجال "العلاج النفسي العام" لا يمكن إلا وأن يتكون من مستوى المعرفة الراهن في علم النفس وبشكل خاص في علم النفس العيادي. وبناء عليه فإن المتخصصين النفسيين يمتلكون أساساً أفضل إلى حد كبير من الأطباء بالنسبة لمثل هذا النوع من التأهيل في العلاج النفسي العام. ومن هنا فإنه من الممكن أن يحصل إلا يتم تقديم هذا النوع من التأهيل في العلاج النفسي العام إلا لأولئك المرشحين الذين أنهوا دراستهم في مجال علم النفس. وهذا ما سيقود إلى استبعاد الأطباء من مسارات التأهيل هذه وتوجيههم نحو مسارات تأهيل مرتبطة بالمدارس العلاجية المفتوحة لهم أساساً. ولكن هذا التطور لابد وأن يكون تطوراً غير ملائم على الإطلاق، ذلك أنه سيقود إلى طبقتين من التأهيل: الأولى تقوم على تأهيل عالٍ يهدف إلى الاستخدام الأمثل للمجال الكلي لطرق التأهيل النفسية للمعالجين النفسيين النفسانيين والثانية عبارة عن تأهيل ذي قيمة أدنى في مدرسة علاجية وحيدة للمعالجين النفسيين الأطباء. وسيكون هذا الأمر كارثياً على التعاون بين هاتين المجموعتين المهنيتين في سد الحاجة و التحقيق الفعلي للمعالجات الأفضل الممكنة.

ومن هنا يفترض للتأهيل العلاجي النفسي غير المرتبط بالمدارس العلاجية أن يقوم على بروفيل علاجي نفسي مهني موحد للأطباء والمتخصصين النفسيين. وينبغي أن يتم إيصال المجموعتين المهنيتين من الأساسين التأهيليين المختلفين إلى المستوى نفسه من التأهيل المهني. ومن المؤكد أن مثل هذه المسارات التأهيلية قابلة للتحقيق إلاّ أنها تشترط قواعد موحدة من أجل التأهيل المهني للمعالجين النفسيين بغض النظر عن الانتماء المهني الأساسي. غير أن تحقيق تأهيل مهني موحد سيتطلب في المجال الطبي تعديلات أكثر مما هو الأمر في

المجال النفسي. ومن أجل ممارسة العلاج النفسي ينبغي ألاّ يسمح إلاّ لأولئك الذين أنهوا التدريب المهني المناسب وينبغي لهذا التأهيل أن يكون أكثر صرامة مما هو عليه الأمر اليوم. وليس من الصعب إدراك أن التقييدات اللازمة من أجل ذلك لكفاءات ومكاسب الهيئات المهنية سوف تقود إلى وضع عراقيل شديدة.

وعلى طريق الاستغلال الاجتماعي للعلاج النفسي المنمي للصحة، الذي يستند إلى "مصلحة المريض" ستدور رحى معارك عدة.

3.2.1. أي نـــــوع مـــن العــــــلاج النفســــــي ؟

لنتصور أن مشَرع يمتلك النية والساطة لإنجاز تنظيمات قانونية مثلى خارج نطاق أطر الهيئات المهنية والآراء الضيقة حول التكاليف من أجل الاستغلال الاجتماعي المنمي للصحة و الموجه إلى مصلحة المرضى للعلاج النفسي. وأنه لجأ بهدفه هذا إلى المتخصصين وطلب منهم وضع مسودة للتأهيل النفسي العلاجي الأمثل ولسد الحاجة. فسرعان ما سوف يقوم هذا المشرع طيب النية بنتف شعره بسبب عدم اتفاق المعالجين بين بعضهم.

وبما أن كثير جداً منهم لا يهمه في الواقع إلا المحافظة على استمرارية حقيقته و هويته و أساس وجوده المرتبط بمدرسة علاجية أكثر من إنجاز مهمة اجتماعية معينة – وطبعاً دائماً بحجة أن حقيقته تمثل الوسيلة المثلى لإنجاز هذه المهمة -، فإنهم قاصرون عن تقديم إجابة مشتركة عن مسألة أفضل تأهيل علاجي و سد حاجة ممكنين. و لا حتى مجرد الاتفاق على معايير مشتركة يمكن وفقها قياس قيمة طرق العلاج. وحتى هذه المعايير يحاول كل واحد منهم وضعها وفق حقيقته الخاصة وكأن الأمر لا يتعلق بإنجاز مهمة محددة، ألا وهي فائدة موضوعية، أي يمكن تصورها من الآخرين. وأي جسر هذا الذي يعجب بانيه غير أنه لا يصلح لما بني من أجله؟.

وبسبب الازدحام على "سلة خبز" الضمان الصحي فإن الاستراتيجية المستخدمة الآن المتمثلة في إنكار الآخرين لا يمكن أن تستمر في مسألة الاعتراف. فالمحاولات المتمثلة في إقصاء الآخرين من المجال سوف تؤدي إلى هجمات من النوع نفسه من الآخرين على الذات.

ومن هنا يتبع ممثلو الاتجاهات العلاجية المختلفة تحت ضغط الضرورة وإدراك غير أصيل في مسألة الاعتراف القانوني و تراخيص الضمان الصحي استراتيجية التعايش السلمي المشترك المحدود. إذ يريد المرء تقسيم قالب الحلوى بينه وبين الآخرين بحيث يحصل كل واحد على حصته. ويعني هذا عملياً أنه ينبغي أن يتم الاعتراف بكل الاتجاهات العلاجية كأساس للتأهيل المهني و أن يتم تمويلها من صندوق الضمان الصحي. وفي هذه النقطة فإنهم يعتمدون لتبرير ذلك على إحدى نتائج أبحاث العلاج النفسي، الذي يقللون من قيمته ويزدرونه في

الأحوال العادية، ولكن هذه النتيجة تناسب ببساطة بصورة جيدة جداً مع المصالح الذاتية. وتتمثل هذه النتيجة في أنه لم تتمكن أبحاث العلاج النفسي المقارن من إثبات وجود فروق بين تأثيرات الطرق العلاجية المختلفة. إذاً فمن غير المنطقي استبعاد أي شكل من أشكال العلاج من الترخيص والتمويل. ويتم الاعتماد على المراجعة التي قام بها لوبورسكي و زينغر و لوبورسكي في العام 1975 (Luborsky, Singer & Luborsky) كأهم شاهد على هذه النتيجة، التي يلخص الباحثون نتيجتها الرئيسية من خلال ما يسمى "حكم الدودو[7] " من قصة أليس في بلاد العجائب : " كل واحد ربح ولابد للجميع أن يكسب Everyone has won and all must have prizes ". ويتقاسم كثير من الباحثين هذا التقدير للوضع كما ويتم التعامل مع هذه النتيجة في مراجع العلاج النفسي في الوقت الراهن وكأنها حقيقة مؤكدة. وسنتعرض في الفصل الثاني إلى هذه المراجع.

ولا يوجد نتيجة من نتائج أبحاث العلاج النفسي تم قبولها كحقيقة و اقتباسها عن طيب خاطر بهذا الشكل من كثير من المجموعات المختلفة بمقدار هذه النتيجة. وتتناسب هذه المقولة بشكل خاص مع مصالح ممثلي تلك المدارس العلاجية الذين لم يقروا أنفسهم أبداً بضرورة اختبار فاعلية طرقهم العلاجية إمبيريقياً أو الذين تقوم براهين فاعلية طريقتهم على أساس ضعيف.

فمن جهة يناقش بحث العلاج النفسي بالطبع مثل هذه النتيجة بشكل كلي وهو بالتالي يجعل من التشكيك بمبدئه الذاتي غير مضر. إذ هل يعقل فعلاً أن يكون أحدهم مجنوناً إلى درجة الاعتقاد أن أسلوبين مختلفين جداً كالتحليل النفسي والعلاج السلوكي يمتلكان التأثير نفسه؟ فالمرء يعرف ما الذي سيظنه المرء ببحث في العلاج النفسي يولد مثل هذه النتائج غير المنطقية. و النتائج الأخرى كلية التي تبرز شكلاً علاجياً على أنه سيئ و / أو آخر على أنه أفضل سوف تنخفض مصداقيتها من خلال ذلك وتصعد من تعريض مبدئها للخطر.

ومن ناحية أخرى يمكن استخدام هذه النتيجة بطريقة أخرى من أجل المصلحة الخاصة: فعندما يمكن اعتبار أن فاعلية العلاج النفسي مثبتة بشكل عام - وهذا يطابق نتيجة مقبولة عموماً للبحث العلاجي النفسي (مثال Smith, Glass & Miller, 1980) – عندئذ يمكن بسهولة تفسير مقولة عدم وجود فروق في فاعلية طرق العلاج المختلفة أنه بهذا يمكن اعتبار أن فاعلية المبدأ العلاجي الخاص مبرهنة حتى عندما لا تتوفر حوله أية دراسات إمبيريقية على الإطلاق. والحقيقة الأخيرة لا يمكن التعرف إليها من خلال نتيجة عامة هكذا إذ من يمتلك مثل هذه الإحاطة الشاملة بأبحاث العلاج النفسي، بحيث أنه يستطيع القول بكل يقين بأنه لا تتوفر حول طريقة علاجية محددة أية براهين حول فاعليتها؟. إذاً فالمدارس العلاجية السيئة أو غير المدروسة هي المستفيدة بالتحديد من هذه المقولة والقائلة بأن كل أشكال المعالجة تمتلك التأثير نفسه. وفي كل الأحوال فإن هذه النتيجة تستند في الواقع طبعاً إلى طرق العلاج المدروسة إمبيريقياً فقط، ولكن من يعرف حول كل الدراسات المنجزة بشكل كاف من أجل كشف هذه العورة؟.

إن الكثرة والمتعة التي يتم فيها دائماً اقتباس "حكم الدودو" لابد وأن تثير التأمل أكثر من كونها من المفترض لها أن تنذر في الواقع المعالجين النفسيين ككل – إذا ما كان المرء آخذاً لذلك مأخذ الجد بالفعل.وقد قام كل من راخمان وويلسون (7Rachman & Wilson, 1980, P. 25) بإظهار النتيجة اللامنطقية "لحكم الدودو" للابورسكي وآخرين من خلال جملة "التمس أي شكل من أشكال العلاج النفسي بصرف النظر عن طبيعة مشكلتك، Regardless of the nature of your problem, seek any type of psychotherapy ".

فلو كان تأثير نوع العلاج النفسي واحداً بالفعل – إذا كان من المهم إجراء علاج نفسي على العموم ولكن لا يهم أي نوع منه -، عندئذ كان سيشير ذلك إلى نتيجة واسعة المدى تتمثل في أنه يمكن التخلي عن الزخرفات التي تلقي عليها المدارس العلاجية المتفرقة قيمة كبيرة والتركيز في التأهيل والممارسة على تعليم و القيام بالشكل الأكثر اقتصادية والأسهل تحقيقاً من العلاج النفسي. ومثل هذا النوع من العلاج الاقتصادي الموحد سوف يسعد صناديق الضمان الصحي ولكن ليس المعالجين. وفي الواقع لا يعتقد أي معالج نفسي بأن الأمر يسير على هذا النحو إذ أن ذلك يناقض خبراته الذاتية. ومن هنا فالاستناد إلى النتيجة القائلة بعدم وجود فروق في التأثير للأشكال العلاجية المختلفة يمكن استخدامها بوصفها حجة من أجل المصالح الذاتية. وإلا فسوف تقيد هذه النتيجة غالبية الممارسين للعلاج النفسي في رؤيتهم على أبعد تقدير بأن نتائج أبحاث العلاج النفسي غير مهمة بالنسبة لممارستهم العملية على أية حال.

إذاً ماذا يكمن في هذه النتيجة بالفعل؟ هل أبحاث العلاج النفسي قاصرة بالفعل وغريبة عن الواقع أم لا توجد بين أشكال العلاج المختلفة أية فروق ذات أهمية في التأثير بالفعل – على عكس انطباع المعالجين النفسيين بالفعل ؟

إن حل هذا اللغز يكمن طبعاً في أن كليهما غير صحيح. فمن يقرأ في الفصل الثالث مجموع نتائجنا حول تأثيرات أشكال العلاج كلها والقائمة على التحليل الدقيق لكل دراسات العلاج المضبوطة التي أجريت في أي وقت كان فسوف يكون صورة متمايزة جداً حول الفائدة العيادية لطرق العلاج المختلفة. فهنا توجد أشكال من العلاج لم تتوفر حولها على الإطلاق أية براهين حول فاعليتها على الإطلاق؛ و أشكال أخرى يمكن اعتبار أن فاعليتها القاصرة مبرهنة، ولكن لها حسنات مقابل أشكال أخرى من العلاج التي تمتلك تأثيرات أفضل؛ و هناك أشكال برهنت فاعليتها بالنسبة لمجال معين ولكنه محدود و طرق علاج ذات برهان واضح، أقرب أن يكون للقاطع بحيث تشكل طريقة الاختيار بالنسبة لاضطراب محدد.

ويكمن سبب كون هذا غير معروف عموماً - حتى بين العلماء – أنه قد أصبح من غير الممكن للعلماء منفردين الإحاطة بالدراسات الإمبيريقية المتعلقة

بمجال العلاج النفسي أو متابعتها. فقد وجب علينا أن نختار لمجموع نتائجنا حوالي 3500 دراسة في العلاج تم فيها اختبار فاعلية طريقة علاجية نفسية ضمن مخطط تجريب مضبوط. وكانت هذه الدراسات موزعة على حوالي 300 مجلة علمية. وتتبع والحصول على هذه الدراسات وحده كاف عدة أشخاص أربع سنوات من العمل المضني. ومن هذه الدراسات قمنا بعد تصفية أولية وفق النوعية الطرائقية والأهمية العيادية باختيار 897 دراسة تستند مباشرة إلى صميم مجال العلاج النفسي وقومناها بدقة وبتفصيل كبيرين و جمعنا النتائج وفق طرق العلاج المتفرقة. وقد اشترك في تقييم هذه النتائج 16 عالماً وعالمة، استمرت غالبيتهم سنوات عدة. أما نحن المؤلفين الثلاثة الذين قمنا بالتقويم النهائي وكتبنا التقرير النهائي، فقد عملنا 13 سنة في هذا المشروع. فتقرير البحث والنتائج الذي نقدمها هنا هي إذاً نتيجة جهود بحث مشتركة، كانت ستفوق كثيراً طاقات وإمكانات الإنسان الفرد. كما ولم يكن من السهل دائماً المحافظة خلال فترة زمنية طويلة هكذا على استمرار بنية تحتية بشرية وتنظيمية و مادية و الإبقاء على عدد كبير هكذا من المساعدين والمساعدات بما فيهم نحن أنفسنا و الحفز بين الحين والآخر من جديد من أجل هذه المهمة. ولا نريد أن نوهم أحداً أن العمل في هذا المشروع كان دائماً جذاباً أو حتى ممتعاً.

1. مستـــوى التطـــور الراهـــن للعـــلاج النفســـي

1.1. الفائــــدة الاجتماعيــــة الممكنـــــة للعـــلاج النفســـي

قدمت لنا نتائج دراساتنا الخاصة حول تأثيرات الأساليب العلاجية المختلفة صورة مدهشة حول إمكانات العلاج النفسي وفق مستوى تطورها الراهن. فكل الاضطرابات النفسية المهمة يمكن بشكل مبرهن معالجتها نفسياً بنجاح. وهناك كم هائل من المعرفة المؤكدة بالنسبة للاضطرابات النفسية المنتشرة بصورة خاصة كالقلق والاكتئابات والاضطرابات العصابية والسلوك الاجتماعي حول كيفية تحسنها من خلال التدخلات النفسية إلى درجة أنه يمكننا التحدث حول الاختراق في معالجة الاضطرابات النفسية. و قد تحقق هذا التقدم في غالبيته في العقدين الأخيرين فقط.

غير أن مجال الاستخدام المجرب للتدخلات النفسية يذهب إلى أبعد من مجال الاضطرابات النفسية بالمعنى الضيق ويمتد إلى معالجة الاضطرابات النفسية الجسدية والدعم النفسي في الأمراض العضوية المرهقة والتدخلات الطبية وإلى ضحايا الأحداث الصادمة كأعمال العنف والكوارث و الخسارات الشديدة...الخ وإلى المساعدة في التغلب على التشكيلات الحياتية الصعبة التي يمكن أن تنجم عنها بسهولة اضطرابات نفسية منتظمة. ولكل هذه المشكلات هناك أشكال من التدخل النفسي يمكن اعتبار فاعليتها مؤكدة بالنسبة للغرض الخاص من الاستخدام.

وعندما نتحدث هنا عن الفاعلية فليس المقصود هنا الفاعلية التي تظهر في بعض الأحيان لدى حالات متفرقة وإنما ما يقصد هنا التحسن الإحصائي الدال الذي أمكن تكراره أكثر من مرة لدى مجموعات علاجية كاملة. وبهذا المعنى تعني الفاعلية أن المريض الذي يعاني من مشكلة معينة يمكنه أن يتوقع حدوث تحسن واضح إذا ما تمت معالجته بأسلوب من الأساليب الصالحة لمشكلته. وهذا لا يشكل بالضرورة ضماناً لنجاح العلاج وإنما فرصة جيدة لذلك.

فلو أدركنا كم من الناس يعاني من الاضطرابات المذكورة أعلاه ومدى

التأثيرات التي تسببها على محيطهم الاجتماعي - كنا قد ناقشنا مقدار وأهمية المشكلات النفسية والمشروطة نفسياً في الفصل السابق بدقة-، فلن يعني وضع النتائج الموثقة في تقارير النتائج الخاصة بنا سوى أن العلاج النفسي وفق مستواه الذي حققه في الوقت الراهن يمكن أن يكون ذا فائدة كبيرة جداً بالنسبة لمجتمعنا. فليس بالضرورة للقسم الأكبر من الناس الذين يعانون من اضطرابات ذات منشأ نفسي أن يعانوا من هذه الاضطرابات لزمن طويل.إذ يمكنهم إذا ما حصلوا مبكراً على العلاج المناسب أن يتحرروا من هذه الاضطرابات في وقت قصير نسبياً وبمصروف محدود أو على الأقل أن يتحسنوا بصورة كبيرة. وهنا علينا ألا نظن أن التحسن سيكون عابراً. بل أن المتعالج يمكنه توقع بقاء التحسن الذي حققه في أثناء العلاج بل وحتى استمرارية هذا التحسن.

كما وأنه من المثبت أن التأثيرات الإيجابية للمعالجة النفسية لا تقتصر في غالبية الحالات على مجرد تحسن أو التغلب على الاضطراب الحقيقي. فإلى جانب التحسن في العرض غالباً جداً ما يستنتج وجود تأثيرات على نوعية العلاقات البين إنسانية وعلى مشاعر القيمة الذاتية وعلى الإحساس العام بالصحة. كما وأنه قد ثبت إمبيريقياً أن هذه التغيرات تستمر بصورة دائمة.

ولهذه التأثيرات المؤكدة للعلاج النفسي أهمية إيجابية مباشرة بالنسبة للأشخاص المعنيين بذلك مباشرة. فهم لا يقللون من معاناتهم من الأعراض أو المشكلات المعنية فحسب وإنما يحسنون نوعية حياتهم ككل. وفي كثير من الحالات لا يسري هذا على المرضى المعالجين بصورة مباشرة فقط وإنما على الناس المعنيين بالأمر بصورة غير مباشرة في محيطهم: على أفراد أسرة الكحولي، وعلى زوجة رجل يعاني من العنة وعلى الضحايا الممكنين لحادث سير سببه شخص يعاني من عصاب القلق وواقع تحت تأثير الأدوية النفسية...الخ.

ويمكن تحويل تأثيرات العلاج المناسبة في مجالات التعديل المختلفة التي استنتجناها في الدراسات التي قمنا بتحليلها إلى فائدة اقتصادية مهمة أيضاً. فمن يعاني من مخاوف أو اكتئابات شديدة ومن يتغيب دائماً عن العمل بسبب اضطرابات نفسية جسدية يصعب عليه أن يسهم مساهمة فاعلة في الإنتاج المؤسسي القومي. وإذا ما أصبحت هذه الاضطرابات مزمنة، وهذا أمر شائع جداً في الوقت الراهن، عندئذ تتراكم هذه الخسائر الاقتصادية مع الزمن إلى كميات ضخمة جداً. ويمكن إيضاح ذلك من خلال التكاليف المباشرة للعلاج، إذ أنها هنا أكثر وضوحاً. فالإنسان الذي يعاني من اضطراب جسدي نفسي المنشأ والذي لم تتم لديه المواجهة الفاعلة للأسباب النفسية الاجتماعية لأوجاعه الجسمية من خلال العلاج النفسي المناسب بصورة مبكرة، سوف يخضع في العادة إلى تشخيصات مكلفة متكررة، ويدخل المستشفى ويعالج دوائياً ويرسل إلى الاستجمام الاستشفائي...الخ. وخلال سنوات عدة تنشأ تكاليف علاجية ضخمة، تبدو تكاليف

العلاج النفسي مقارنة بها متواضعة جداً. وحقيقة إمكانية تخفيض تكاليف العلاج والخسائر الإنتاجية، إذا ما عولج المرضى بالاضطرابات المعنية في وقت مبكر قدر الإمكان بطريقة علاجية نفسية مبرهنة فاعليتها بالنسبة للاضطراب المعني، ليست مجرد أمل عابر وإنما حقيقة مبرهنة بشكل قاطع. ولا يحتاج المرء من أجل أن يقتنع بهذه الحجة القاطعة إلاّ إلى الرجوع إلى لوائح نتائج أساليب المعالجة الاستعرافية السلوكية. وعندما يتأمل المرء إلى أي مدى تتحسن الاضطرابات المختلفة والشديدة أحياناً من خلال تدريب استعرافي على التغلب مثلاً وكم هي الكمية القليلة المستهلكة من الوقت في ذلك، فإنه يستطيع التصور تقريباً ما هي التكاليف المادية التي كان من الممكن أن تنشأ عن العلاجات الأخرى. ومن اعتبارات التأثيرات التي يمكن أن تنجم عن مراجعة المؤسسات الطبية و الاستراحات المرضية و التقاعد المبكر بسبب العجز عن العمل ...الخ يطرح السؤال بشكل عام جداً حول حجم التوفير الممكن عندما تصبح القاعدة تحويل المريض في الوقت المناسب إلى العلاج النفسي المثبت فاعليته بالنسبة لمشكلته.

ما الذي تعنيه مضمونياً نتائجنا الدالة إحصائياً حول فاعلية العلاج النفسي؟ وهل يتعلق الأمر عموماً بتحسن مهم عيادياً؟ ما هي التأثيرات الملموسة التي يمتلكها العلاج النفسي على قدر المعنيين؟ وهل الإجراءات العلاجية التي حللت في أبحاثنا قابلة للتحقيق اقتصادياً في ممارسة الحياة اليومية أم هناك خطر انفجار التكاليف بالنسبة لنظامنا الصحي، إذا ما وجب على المرء تمويل الخدمات العلاجية النفسية على نطاق واسع ؟

وبما أن هناك رؤية واسعة الانتشار تفيد بأن نتائج الأبحاث العلاجية النفسية غير مهمة بالنسبة للممارسة العملية فسوف نقوم فيما يلي من الحديث بالتعرض بشكل موسع إلى ما تعنيه نتائجنا بشكل ملموس استناداً إلى هذه الأسئلة.

طور روزنتال (1991) طريقة ممتازة لتوضيح المعنى المضموني لتأثيرات العلاج التي تم استنتاجها إحصائيا أطلقت عليها تسمية "عرض قياس التأثير ذو الحدين Binomial Effect Size Display ". وسوف نقوم بإيضاح المعنى المضموني لشدة التأثيرات التي استنتجناها بمساعدة هذه الطريقة.

لقد قمنا بمقارنة أهم الأشكال العلاجية مع بعضها على أساس من قوة التأثير. وهنا وجدنا من خلال دراسات علاجية مقارنة قوة تأثير وسطى تبلغ 1,21 بالنسبة لكل مجموعات المعالجة التحليلية النفسية والمعالجة النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج) والمعالجات الأسرية والمعالجات السلوكية الاستعرافية. ولابد من طرح جزء من هذه القيمة يرجع إلى التحسن العفوي. ووفق الطريقة نفسها قمنا بحساب نسبة التحسن العفوي في المجموعات الضابطة التي بلغت 0.10 (المعطيات الأكثر دقة معروضة في مقطع نوعية أو خصوصية التأثير). وهنا نجم لدينا تأثير علاجي "صرف"، يرجع بالفعل إلى العلاج النفسي يبلغ 1.11. فإذا ما اعتبرنا أن قوة التأثير هذه مقياساً للطاقة العيادية المتوسطة للعلاج النفسي فسوف نستنتج الصورة التالية:

من خلال تحويل معامل الترابط (وفق الصيغة 2,33 لدى روزنتال،1991، ص33) تساوي قوة التأثير البالغة 1.11 ترابطاً مقداره r= 0,39. ويطابق معامل الترابط هذا الارتباط المعروض في اللوحة (1) في صيغة "عرض قياس التأثير ذي الحدين" بين التحسن الشامل في حالة المريض وبين المعالجة النفسية.

الجدول 1: توضيح قوة التأثير المتوسطة للمعالجة النفسية البالغة 1.11 (r.=0.39) في صيغة "عرض قياس التأثير ذي الحدين" وفق روزنتال (1991).

تشتمل الخلايا على عدد المرضى الذين تحسنوا واللذين لم يتحسنوا في مجموعة من المرضى تبلغ 100 مريض.

	الحالة لم تتغير	تحسنت الحالة بشكل واضح	المجموع
بالعلاج النفسي	30	70	100
من دون العلاج النفسي	70	30	100
المجموع	100	100	

ففي حين أنه لدى 100 من المرضى دون علاج ظهر تحسن لدى 30 (وبالتحديد 30.5) في الأعراض، بلغت نسبة التحسن الواضح للأعراض لدى العدد نفسه من المرضى الذين تلقوا علاجاً نفسياً 70. إذاً فبالنسبة لأربعين من مائة مريض هناك فرق جوهري إذا ما تلقوا علاجاً نفسياً أم لا. ولا يشكل هذا التأثير العلاجي تأثيراً مطلقاً فحسب بل ويعتبر كذلك تأثيراً كبيراً جداً مقارنة بالأشكال العلاجية الأخرى. ففي الولايات المتحدة الأمريكية حدث مرتين أن تم إيقاف دراستين كبيرتين تقومان على التعمية المزدوجة لاختبار أدوية للوقاية من الذبحة القلبية، لأنه بدا للباحثين بناء على النتائج التي تم الحصول عليها حتى ذلك الوقت بأنه أمر غير أخلاقي أن يتم الاستمرار في منع إعطاء الدواء الحقيقي للعينة التي كانت تتناول البلاسيبو . وكان الدواء الأول من محاصرات بيتا حيث أسهم بمنع النوبة القلبية القاتلة بدرجة تأثير بلغت (r=0,40 (Kolkata. 1981 في حين كان الدواء الثاني الأسبيرين حيث خفض ظهور الذبحة القلبية بقوة تأثير بلغت r=0,34 (Steering Committee of the Physicians Health Study Research Group,1988). ويشكل كل من الدواءين فرقاً جوهرياً بالنسبة 3 أو 4% من المرضى، ألا وهو الفرق بين الحياة والموت. وقد اعتبر أن قوة التأثير من هذا الحجم كافية عموماً من أجل تغيير الممارسة الروتينية للأطباء بشكل جذري.

وعلى الرغم من أن منع الموت لا يحتسب من تأثيرات العلاج النفسي التي يمكن أن تخطر على البال إلا أنه يمكن على سبيل المقارنة أن يتم منع حوادث الموت (كالانتحار و من خلال الحوادث) من خلال العلاج النفسي أكثر مما هو الأمر عليه من خلال الأدوية المعطاة. ومن الناحية الكمية فإن تأثيرات العلاج النفسي التي تشكل الفرق بين حياة غير سعيدة وسعيدة، ذات أهمية أكثر بكثير.

ومن هذا المنظور فإن تأثيرات العلاج النفسي تتجاوز إلى مدى بعيد كثيراً من الإجراءات الطبية المعترف بها، والتي يصرف عليها كثير من النقود. فشدة تأثيرات العلاج النفسي هي أعلى ب 14 مرة من الإجراءات الدوائية المعترف بها للوقاية من الذبحة القلبية. علماً أننا هنا محافظون جداً في رؤيتنا المقارنة. فنحن لم نقم إيضاحنا إلا على قوة التأثير الوسطي لأهم أربعة أشكال علاجية في الممارسة العيادية. غير أننا نعرف من نتائجنا أن الفروق الجوهرية قائمة على مستوى شدة التأثيرات المسببة من خلال هذه الأشكال العلاجية بمجموعها. غير أننا لو أخذنا شدة التأثير بالنسبة للمعالجات السلوكية الاستعرافية لوحدها كمعيار للعلاج النفسي بشكل خاص فقط، لكانت قد نشأت لدينا صورة أكثر أريحية لفائدة العلاج النفسي. كما وكان يمكن للصورة أن تكون أكثر أريحية لو أننا اقتصرنا على مستوى تخفيض العرض، ذلك أن شدة التأثير بالنسبة لتعديلات الأعراض الأساسية المعنية كانت أعلى بكثير من شدة التأثير المتوسطة لكل المعايير التي دخلت في الدراسة التي استندت إلى التعديلات في الشخصية...الخ. فالعلاج النفسي لا يسبب تحسينات إحصائية دالة فحسب وإنما أيضاً تحسينات عيادية مهمة جداً وواضحة بالمقارنة مع الأساليب العلاجية الطبية المعترف بها.

وحتى هذا التوضيح لما تعنيه نتائجنا من الناحية العيادية قد لا يبدو بالنسبة لبعض القراء واضحاً كفاية،من أجل الاقتناع بالفائدة الاجتماعية للمعالجة النفسية. ومن أجل هذا نود فيما يلي أن نوضح من خلال بعض الأمثلة ومن خلال الأرقام المتوفرة مباشرة العواقب التي يمتلكها تحقيق أو عدم تحقيق التدخلات العلاجية النفسية المناسبة بالنسبة للمعنيين وللمجتمع ككل. وتقوم المعطيات التي سنقدمها على مسألة طرحناها وفق أسلوب التحليل البعدي حول الفائدة الاجتماعية للعلاج النفسي قمنا بأجرائها في معهدنا وأنهيت مؤخراً. (Baltensperger, 1993) ويمكن مراجعة كل المعطيات والحسابات لدى بالتينزبيرغر بشكل تفصيلي.

فالكحولية تعتبر مشكلة اجتماعية وخيمة. كما وتعتبر لدى مرضى المستشفيات الذكور الذين هم في سن العمل التشخيص الأول والثاني الأكثر طرحاً وأكبر الأسباب للتحويل إلى مستشفيات الطب النفسي. و 35% من حوادث السير ككل تحدث نتيجة تناول الكحول. ويموت في سويسرا سنوياً 2500-3500 إنسان نتيجة العواقب المباشرة للكحولية. وتبلغ التكاليف اليومية للكحولية في سويسرا 7 ملايين فرانك أي 2,55 مليار فرانك سنوياً. وهنا يذهب الجزء الأكبر (75%) من الخسائر الاقتصادية نتيجة الحوادث والموت المبكر والقدرة الضعيفة على العمل والتقاعد المبكر والمرض والجرائم وانخفاض الإنتاجية. وتذهب 21% من التكاليف للوقاية ومعالجة مشكلات الكحولية و 4% تذهب لإصلاح الأضرار المادية بسبب الجرائم والحوادث. أما العواقب النفسية على المعنيين أنفسهم وعائلاتهم فليس من السهل هكذا توضيحها بالأرقام ولكنها واضحة مباشرة. فبالنسبة للمعنيين تمثل كحولية الأب أو الأم أو الزوج أو الزوجة إرهاقاً

صادماً غالباً ما يقود إلى آثار لا تمحى. في تقريرنا حول البرامج العلاجية السلوكية في معالجة الكحولية أشرنا إلى فاعلية هذه المعالجات والتي لا تقتصر على تخفيض سلوك الشرب فحسب وإنما تقود في مجالات التعديل الأخرى إلى تأثيرات إيجابية. كما وأن فاعلية مثل تلك المعالجات للكحولية قد درست أيضاً في واحدة من المنظورات القليلة المتمركزة حول الفرد والتي نرغب أن نضيفها هنا. توجد 13 دراسة أجريت فيها تحليلات التكاليف والفوائد في العلاج النفسي للكحوليين.ووفق هذه الدراسات فقد انخفضت التكاليف بالنسبة للخدمات الطبية (الإقامة في المستشفى و العيادات الخارجية) في السنة الأولى من بدء العلاج بصورة دالة جداً إلى حوالي 39% في المتوسط. وحدها تكاليف الإقامة في المستشفى انخفضت في السنة الأولى حوالي 6000 مارك (حوالي 4000 دولار أمريكي تقريباً) (كل التكاليف حسبت هنا بالمارك الألماني وفق سعر الصرف في عام 1993). ويتوقع لسنوات لاحقة وجود استمرار لثبات فاعلية العلاج الذي استنتجناه من دراساتنا التي حللناها مع ما ينجم عن ذلك من توفير لاحق يضاف مع الزمن إلى الأموال الحكومية. وبلغت نسبة الغياب عن العمل بسبب المرض والحوادث محسوبة خلال سنة وسطياً 18 يوم عمل. وفي دراسة لهيلكر (Hilker, 1974) تم فيها القيام بتتبع لخمس سنوات بعد المعالجة وجد أن الغياب عن العمل بنتيجة المرض قد انخفض بنسبة 46%، و 18% بسبب حوادث العمل وبسبب حوادث خارج العمل 63%. عدا عن ذلك فقد تحسنت نوعية الإنتاجية بصورة دالة. وفي الولايات الأمريكية المتحدة قامت أربع شركات خاصة بحساب التكاليف الاقتصادية وتوصلت جميعها للنتيجة نفسها: فحتى عندما تحملت الشركة تكاليف العلاج النفسي، في حال لم تتحمل مؤسسات التأمين التكاليف، نجم من خلال العلاج النفسي كسب سنوي واضح من خلال الغياب الأقل عن العمل وانخفاض الحوادث والتعويض الأقل عن الخسائر وانخفاض المصاريف العلاجية الطبية وارتفاع في الإنتاجية. فالعلاج النفسي الفاعل لإنسان كحولي لا يقود إلى عواقب إيجابية على نوعية حياته فحسب وإنما كذلك بالنسبة للآخرين الذين يمكن أن يعانوا من العواقب المباشرة وغير المباشرة للكحولية؛ على الضحايا الممكنين للحوادث التي يتم تجنبها وعلى الأفعال الجنائية وعلى أفراد الأسرة و رب العمل وعلى المستفيدين الآخرين من التأمين و على دافعي الضرائب.

ومن يريد اعتبار الأرقام المتضمنة في تقارير نتائجنا حول تأثيرات العلاج المقبولة غير مهمة بالنسبة للممارسة العملية، فقد يعاني من صعوبات كبيرة، إذا ما أراد تطبيق حججه على التأثيرات المبرهنة هنا. فالأمر يتعلق بتأثيرات المعالجات نفسها على النوع نفسه من المرضى منظوراً إليها من منظور آخر فقط. ولسوف نرى بالتسلسل من خلال أمثلة لاحقة بأن التأثيرات التي استنتجناها لفاعلية طرق العلاج منفردة تعني تحسناً ملموساً لنوعية الحياة بالنسبة للمرضى المعنيين وفائدة اجتماعية كبيرة على الأغلب.

وحتى بالنسبة لمعالجة الفصامات فإنه يمكن إكمال الدراسات الكثيرة التي تم فيها برهان أنه يمكن تحسين الحالة النفسية للمرضى بشكل جيد من خلال العلاج النفسي، من خلال نتائج الدراسات حول ما الذي يمكن أن تحمله مثل هذه المعالجات في طياتها من تأثيرات فوق فردية. وعلى الرغم من أن خطر المرض بالفصام بالنسبة للسكان ككل يبلغ حوالي 1%، ولكن لا يشكل هذا المرض بالنسبة للمعنيين مباشرة تصدعاً شديداً في حياتهم فحسب وإنما يشكل كذلك بالنسبة للأقارب وللجماعة إرهاقاً كبيراً بسبب خطر الإزمان المهدد لهذا المرض وعواقبه الاجتماعية الشديدة.

وبشكل عام فقد انخفضت بشكل كبير جداً التأثيرات الاجتماعية التي كانت وخيمة في السابق من خلال إمكانات المعالجات الدوائية للمرضى الفصاميين في العقود الأخيرة. غير أن كثيراً من الدراسات تظهر أن مدى شدة الخسائر في نوعية الحياة على المدى البعيد تتعلق بصورة أساسية بمدى الرعاية الاجتماعية النفسية. ففي دراسات أربع دقيقة جداً من الناحية الطرائقية بحثت بدقة الفوائد والتكاليف الناجمة عن المعالجة السلوكية الأسرية بالإضافة إلى المعالجة الدوائية بالنسبة للمرضى وأقاربهم و للجماعة (Goldstein. Et al, 1978; Leff et al.,1982; Falloon et al., 1985; Hogarty et al, 1986) ظهر أن التوليف بين المعالجة الدوائية والمعالجات الأسرية يتفوق بشكل دال على المعالجة الدوائية وحدها أو على التوليف بين المعالجة الدوائية والمعالجة الفردية الداعمة. فقد كان المرضى الذين خضعوا لعلاج أسري إضافي بسن واقعة بين 25-35 في حالة نفسية اجتماعية أفضل بصورة دالة بعد 24 شهر من بدء المعالجة من حالة المرضى الخاضعين لمعالجة دوائية صافية أو من المرضى الخاضعين لمعالجة دوائية ومعالجة فردية إضافية. فقد أبدى هؤلاء سلوكاً انسحابياً أقل وتمكنوا من القيام بدورهم في الأسرة ووقت الفراغ مع أصدقائهم بشكل أفضل، تناولوا أدوية أقل، ونادراً ما عانوا من انتكاسات، وحتى لو عانوا منها فقد كانت أقل شدة. وقد شعر أفراد الأسرة بأنهم أقل إرهاقا من قبل المرضى وتمكنوا من التعامل معهم بصورة أفضل. وبشكل عام انخفضت الانتكاسات في المتوسط حوالى 23%. وإذا ما جمعنا كل التكاليف فسوف نلاحظ وجود غلبة للتوفير لصالح المعالجات الأسرية الإضافية بالنسبة للإقامة في المستشفيات والتدخل الأزماتي والتكاليف القضائية و الإشراف اللاحق يبلغ محسوباً لفترة ستة أشهر حوالي 4200 ماركاً ألمانياً لكل مريض. فالمكسب الكبير للمريض وأقاربه لم يكن مرتبطاً بمصاريف إضافية بل قاد إلى توفير حقيقي كبير.

ولا يوجد لدى الجمهور بالنسبة لهذا الموضوع الذي أثبتناه هنا من خلال مثال حول الكحولية والفصام كممثلين للاضطرابات النفسية الأخرى إلاّ القليل جداً من الوعي. إن التعامل مع الاضطرابات النفسية بالشكل الراهن هو الأغلى بالنسبة للمجتمع. فعدم استخدام أفضل إمكانات العلاج القائمة يقود إلى أغلى

التكاليف، وليس الاستغلال لهذه الإمكانات هو الذي يقود إلى تكاليف غالية. إن الخوف من أن يقود توسيع الاستفادة من إمكانات العلاج النفسي إلى دفع التكاليف الصحية نحو الأعلى ما هو إلاّ مجرد رؤية قاصرة جداً. وطبعاً سيكلف العلاج النفسي الفاعل في البداية شيئاً ما غير أن هذه التكاليف ستعوض خلال وقت قصير، وعلى المدى البعيد ستعوض أكثر من خلال التوفير في أماكن أخرى: من خلال تضاؤل استهلاك الأدوية وانخفاض التكاليف للإقامة في المستشفيات ومراجعة الأطباء في العيادات الخارجية، وتقليل حالات الإحالة المبكرة للتقاعد، وتقليل نسب الغياب عن العمل وتحسن إنتاجية العمل والتقليل من الحوادث والانتحارات. لقد اعتدنا الافتراض بشكل آلي بأن كل فائدة غير مادية على نحو نوعية الحياة الأفضل والصحة الأحسن لابد وأن تكلف شيئاً ما، و يبدو أن انفجار المصاريف لنظامنا الصحي يؤيد هذه الفرضية. غير أن سبب هذا الانفجار يعود في جزء كبير منه إلى التعامل غير الفاعل والقاصر مع الاضطرابات النفسية الاجتماعية أو التي تسهم العوامل النفسية والاجتماعية في نشوئها والتي تقتضي في الواقع تعاملاً مختلفاً كلية. فالحلول الراهنة للمشكلات هي التي تكلف كثيراً وليس البدائل المستقبلية والتي أوضحناها هنا استناداً إلى نتائجنا. إن السبب في أن تكاليف محاولات حل المشكلات الراهنة باهظة جداً يعود إلى كون هذه المحاولات تقوم على التحديد الخاطئ للمشكلات وإلى أنها لا تحل المشكلات في الواقع. فالمشكلات التي تكمن أسبابها في أسلوب الحياة وفي والتفاعل النفسي الاجتماعي للفرد – وضمن ذلك لا تقع غالبية الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية فحسب وإنما كذلك الكثير من الأمراض العضوية كنتيجة لمثل هذا النوع من أسلوب الحياة -، لا يمكن أن تحل بفاعلية من خلال المعالجات العضوية أو الدوائية. فمثل هذه المحاولات من الحلول غير الفاعلة تترك الأسباب النفسية الاجتماعية قائمة وتقود من خلال ذلك إلى تكاليف عالية جداً، تتمثل في:

- التكاليف المستمرة بالنسبة للمشكلة نفسها (كالتكاليف المرتبطة مباشرة مع الكحولية مثلاً)،
- تكاليف الإجراءات العلاجية المستخدمة الغالية على الأغلب بشكل خاص لأنها غير فاعلة وبالتالي استخدامها المستمر بشكل أكثر كثافة،
- تكاليف عواقب محاولات الحلول غير الفاعلة (كالتأثيرات الجانبية غير المرغوبة للأدوية النفسية مثلاً، أنظر أدناه).

إن التأثيرات التي تأخذ بعين الاعتبار الطبيعة النفسية الاجتماعية لهذه المشكلات والتي أثبتت فاعليتها بالفعل سوف لن تجعل على المدى الطويل جزءاً كبيراً من هذه التكاليف المادية والمشكلات غير المادية تنشأ بالأصل. وسوف نوضح هذه الارتباطات بشكل ملموس من خلال مثال حول الاضطرابات الأهم بالنسبة للعلاج النفسي، أي الاضطرابات العصابية والنفسية الجسدية.

فوفق الدراسات الجائحية التي أشرنا إليها في فصل المدخل يعاني بين 21 و 33% من المرضى المراجعين للأطباء العامين والأطباء الداخليين من اضطرابات نفسية ذات قيمة مرضية، ولكن لدى 3-4% من هؤلاء يشخص هؤلاء الأطباء وجود اضطراب نفسي. ووفق دراسة في جمهورية ألمانيا الاتحادية جرت في عام 1982\1983 فإن الأطباء العامين والداخليين في الوقت نفسه هم أكثر مجموعات الأطباء الذين يصفون أدوية نفسية لمرضاهم. فالأطباء العامون يصفون في السنة 14,6 مليون وصفة مهدئات و 12,3 مليون وصفة دواء منوم، أما بالنسبة للأطباء الداخليين فتبلغ الكمية 5,3 و 4,1 مليون (Zielke, 1989). وتشكل هذه الوصفات ما مجمله 36,3 مليون وصفة دواء في السنة لحوالي 60 مليون من السكان. و هذه الأرقام لا تحتوي بعد على الوصفات التي يكتبها الأطباء النفسيون والمتخصصون. إذاً ففي السنة الواحدة يقرر 36 مليون مرة نوع من غي المؤهلين بشكل خاص لمعالجة المشكلات النفسية في جمهورية ألمانيا الاتحادية تهدئة مريض متوتر أو لا يستطيع النوم بوصف دواء مهدئ لا يأخذ بعين الاعتبار الطبيعة النفسية الاجتماعية الممكنة لتوتره. وفي كل مرة يتم فيها وصف واحدة من هذه الوصفات هناك احتمال مرتفع نسبياً بأن هناك شيئاً ما في حياة المريض دفع إلى أن يطور المريض أعراضاً تم بسببها عموماً وصف المهدئات والمنومات له. غير أن حل المشكلة هنا يتجه نحو حالة المريض وليس ما سبب له هذه الحالة. وفي عشر هذه الحالات فقط التي تظهر لديها مثل هذه الحالات يتم تحويل المريض إلى شخص متخصص بالمشكلات النفسية الاجتماعية. إذاً فالجزء الأكبر من المرضى الذين توصف لهم الأدوية النفسية لا تقدم لهم تلك خدمة التي يمكن أن تكون مناسبة لطبيعة مشكلاتهم. وفي الواقع فإن كل موقف من مواقف القرارات هذه كان يمكن لها أن تكون فرصة لمساعدة المريض بشكل فاعل على التغلب على مواقف الحياة الموترة أو المرهقة وبالتالي التدخل بشكل بناء في تطور يأخذ غالباً بالنسبة للمريض مجرى غير موفق ومرهق جداً مادياً للمجتمع. وبدلاً من ذلك يتم صرف أموال طائلة على الإجراءات الطبية والتشخيصية، التي لا تمس طبيعة المشكلة وبالتالي لا تسهم في حلها.

فوفق الدراسات الجائحية التي أشرنا إليها في فصل المدخل يعاني بين 21 و 33% من المرضى المراجعين للأطباء العامين والأطباء الداخليين من اضطرابات نفسية ذات قيمة مرضية، ولكن لدى 3-4% من هؤلاء يشخص هؤلاء الأطباء وجود اضطراب نفسي. ووفق دراسة في جمهورية ألمانيا اوكثير من هؤلاء المرضى يتوهون لسنوات طويلة في نظامنا الصحي قبل أن يحصلوا على المعالجة المناسبة في النهاية. فلدى المريض الذي قبل حديثاً في مستشفى متخصص بالسيكوسوماتيك والعلاج النفسي يبلغ متوسط المدة بين الاستشارة الأولى لدى الطبيب و اللجوء إلى المستشفى المتخصص بالسيكوسوماتيك والعلاج النفسي سبع سنوات (Reimer, Hempfing & Dahme, 1979: Streeck

et al., 1986). ووفق دراسة دقيقة جداً وواسعة للروابط الأقاليم الثلاثة لصناديق الضمان الصحي الألمانية و ثلاث مستشفيات متخصصة بالسيكوسوماتيك حول تفعيل تكاليف المعالجات النفسية الداخلية ظهرت ت الأرقام المؤقتة التالية (لم تنته الدراسة بعد) حول سيرة المرض لهؤلاء المرضى: يقع سن نسبة مقدارها 89% من المرضى الذين يستقرون في النهاية في مثل هذا المشفى المتخصص بين 21 و 50 سنة. فهم عملياً في سن الإنتاج. 51% منهم يعانون من اضطرابات عصابية و 36% منهم يعانون من اضطرابات نفسية جسدية. فقط 6% منهم شُخص لديهم تشخيص جسدي. 31% منهم عانوا قبل وصولهم إلى المستشفى لمدة تقع بين 1-5 سنوات من آلامهم، و 25%6 منهم -10 سنوات و 30% منهم منذ أكثر من عشر سنوات! وقد تم تأييد الرقم الأخير هذا في دراسة للامبرشت و شميدت (Lamprecht & Schmidt, 1983) و شتروم وتسيلكه (Strum & Zielke, 1988). وبالنسبة للمرضى فقد كانت هذه السنين في أكثر الحالات سنين مليئة بالمعاناة التي لا لزوم لها التي يمكن استنتاجها من الأرقام التالية: ففي السنتين السابقتين للدخول في المستشفى السيكوسوماتي أظهر 60% من المرضى حوالي 40% مراجعة للطبيب، و 40% منهم راجعوا الأطباء أكثر من 40 مرة في السنتين الماضيتين و 12,5% أكثر من مائة مرة. وطبعاً لا تظل هذه المراجعات دون عواقب باهظة: 25% من المرضى تعرضوا بين 15 مرات و 50% بين 6-10 مرات و 25% بين 11-30 مرة إلى فحص طبي تقني. وكل واحد من هؤلاء المرضى دخل في المتوسط في السنتين الأخيرتين لمدة 52 يوم إلى المستشفى. كل هذا حدث على الرغم من أن 6% من هؤلاء فقط قد شخص لديهم مرض جسدي. وبلغ الاستهلاك المتوسط من الأدوية لهذه المجموعة أكثر بثلاثة أضعاف السكان العاديين. وعلينا أن نتصور في البداية ما الذي تعنيه كل هذه المراجعات و التحاليل الطبية التقنية والدخول إلى المستشفيات والاستهلاك الضخم للأدوية من التكاليف الصحية الناجمة بالفعل عن ذلك. فالدخول غير المجدي إلى المستشفى يكلف وحده حوالي 40 ألف مارك ألماني لكل مريض خلال مدة السنتين. أما بالنسبة للمعالجة الخارجية والأدوية فلم تتوفر بعد حسابات دقيقة. فكيف إذا علمنا أن كثيراً من هؤلاء المرضى سببوا مثل هذه التكاليف ليس خلال سنتين فقط وإنما خلال سنوات عدة!. الذين يصفون أدوية نفسية لمرضاهم. فالأطباء العامون يصفون في السنة 14,6 مليون وصفة مهدئات و 12,3 مليون وصفة دواء منوم، أما بالنسبة للأطباء الداخليين فتبلغ الكمية 5,3 و 4,1 مليون (Zielke, 1989). وتشكل هذه الوصفات ما مجمله 36,3 مليون وصفة دواء في السنة لحوالي 60 مليون من السكان. و هذه الأرقام لا تحتوي بعد على الوصفات التي يكتبها الأطباء النفسيون والمتخصصون. إذاً ففي السنة الواحدة يقرر 36 مليون مرة نوع من غير المؤهلين بشكل خاص لمعالجة المشكلات النفسية في جمهورية

ألمانيا الاتحادية تهدئة مريض متوتر أو لا يستطيع النوم بوصف دواء مهدئ لا يأخذ بعين الاعتبار الطبيعة النفسية الاجتماعية الممكنة لتوتره. وفي كل مرة يتم فيها وصف واحدة من هذه الوصفات هناك احتمال مرتفع نسبياً بأن هناك شيئاً ما في حياة المريض دفع إلى أن يطور المريض أعراضاً تم بسببها عموماً وصف المهدئات والمنومات له. غير أن حل المشكلة هنا يتجه نحو حالة المريض وليس ما سبب له هذه الحالة. وفي عشر هذه الحالات فقط التي تظهر لديها مثل هذه الحالات يتم تحويل المريض إلى شخص متخصص بالمشكلات النفسية الاجتماعية. إذاً فالجزء الأكبر من المرضى الذين توصف لهم الأدوية النفسية لا تقدم لهم تلك خدمة التي يمكن أن تكون مناسبة لطبيعة مشكلاتهم. وفي الواقع فإن كل موقف من مواقف القرارات هذه كان يمكن لها أن تكون فرصة لمساعدة المريض بشكل فاعل على التغلب على مواقف الحياة الموترة أو المرهقة وبالتالي التدخل بشكل بناء في تطور يأخذ غالباً بالنسبة للمريض مجرى غير موفق ومرهق جداً مادياً للمجتمع. وبدلاً من ذلك يتم صرف أموال طائلة على الإجراءات الطبية والتشخيصية، التي لا تمس طبيعة المشكلة وبالتالي لا تسهم في حلها. مر

غير أن تكاليف العلاج المباشرة ليست إلا جزءاً من التكاليف التي على المجتمع تحملها عن هؤلاء المرضى. و تشكل الحوادث من ناحية أخرى مصدراً للتكاليف التي يندر جداً أن تعزى إلى الاضطرابات النفسية ومعالجتها الطبية القائمة في الوقت الراهن. إذ أنه ثبت أن الناس الذين يتناولون أدوية نفسية يسببون بصورة دالة حوادث أكثر من الآخرين. فقد قام أوستر وآخرون (Oster et al., 1989) بمقارنة تكرار الحوادث الشديدة التي تتطلب مساعدة طبية من خلال مجموعة مكونة من 4554 من المرضى الذين وصف لهم البنزوديازيبام وذلك مع الوقت قبل تناولهم لهذا الدواء و مع عينة ضابطة مكونة من 13662 من المرضى الذين وصف لهم دواء آخر. وقد قاد هذا التناول للمهدئ إلى ازدياد دال في عدد الحوادث بنسبة تبلغ الضعف تقريباً. فإذا ما تذكرنا أل 36,3 مليون وصفة سنوياً التي تحدثنا عنها أعلاه وربطناها مع نتائج هذه الدراسة فلابد وأن نرتجف رعباً و نذهب من أن كثيراً من التعاسة الإنسانية المرتبطة بالحوادث الشديدة وجزءاً كبيأر من الأضرار المادية الناجمة عن ذلك يرجع في النهاية إلى الأخطاء الكثيرة في المعالجة لمرضى يعانون من مشكلات نفسية اجتماعية.

وتضاف إلى التكاليف المادية وغير المادية المذكورة حتى الآن التكاليف الناجمة عن عدم القدرة على العمل والتقاعد المبكر. ف 11,6% فقط من المرضى الذين أدخلوا المستشفيات النفسية الجسدية لم يأخذوا تقارير طبية في أثناء السنتين السابقتين. وقد بلغ متوسط التقارير الطبية خلال السنتين السابقتين 158 يوماً. وتعني أل ـ 158 يوماً هذه بالنسبة للمجتمع خسارة اقتصادية تتألف من تعطل الإنتاج ودفع الرواتب وتكاليف المرض و إعفاء ضريبي تبلغ وسطياً

حوالي 21580 ماركاً لكل مريض. وفي عام 1989 ضاعت في جمهورية ألمانيا الاتحادية ما مجموعها عشرة ملايين يوم عمل من خلال التقارير الطبية وحدها على مرضى كان يمكن أن يساعدهم العلاج النفسي(Meyer et al., 1991, P. 41).

وفي الاضطرابات النفسية بشكل خاص غالباً ما يتحول الاضطراب إلى اضطراب مزمن من خلال التشخيص غير المناسب لسنوات طويلة والمحاولات الخائبة للعلاج. فالمرضى يفقدون باطراد في البداية ثقتهم بقدرتهم الخاصة على التغلب ويعتقدون أنهم أنفسهم لا يستطيعون فعل أي شيء لتحسين حالتهم ويبالغون في تقدير شدة مرضهم وغالباً ما ييئسون. وفي سويسرا تحتل الاضطرابات النفسية 33% المرتبة الأولى من الأمراض التي تقود إلى التقاعد المبكر (إحصائيات العجز عن العمل للمركز الاتحادي للتأمين الصحي، Bern,1991) و درجة العجز لدى هذه المجموعة عالية بشكل خاص، إذ تبلغ في 81% من الحالات 100% أو ما يقارب ذلك.

والأرقام المذكورة هنا لا يقصد فيها الأرقام بحد ذاتها وإلا كان يمكننا أن نذكر أرقاماً أخرى أيضاً بالنسبة للاضطرابات النفسية الأخرى (راجع مثلاً Butollo & fling, 1984H بالنسبة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق). غير أن الأرقام المذكورة هنا كأمثلة قد تكفي لإيضاح بأننا نتعامل حقاً في نظامنا الصحي الراهن فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية والنفسية المنشأ بأسلوب خاطئ بمقدار ضخم جداً. وتسهم النسب المذكورة في جزء كبير منها في الانفجار الذي يراه الكثيرون على حق مرعباً لتكاليف النظام الصحي. وكان من الممكن تحمل هذه النفقات بسهولة لو كنا نستطيع القول على الأقل بأننا قادرون على دفع هذه التكاليف من أجل التأمين الصحي الأمثل لمواطنينا. ولكن بالنسبة للاضطرابات النفسية يمكن القول أن نظامنا الصحي كل شيء عدا عن أن يكون امثلاً. فخلف الأرقام المذكورة لا تكمن التكاليف المادية فحسب وإنما بشكل خاص مقدار عال من المعاناة الإنسانية المديدة. وإذا ما فكرنا بأولئك المعنيين بذلك فقد لا نستطيع وصف هذه المعاناة ولكن موضوعياً فإن الحقيقة هي أن جزء كبير من المعاناة المتضمنة في الأرقام المذكورة أعلاه لم تكن بالأصل ضرورية لأنه توجد وسائل فاعلة في الواقع ضد الاضطرابات، التي تسبب هذه المعاناة. فالمرضى الذين يعانون على الأغلب من اضطرابات من النوع الذي تحدثنا عنه سابقاً يمكن مساعدتهم بفاعلية وباستهلاك محدود إذا ما تم التدخل معهم بصورة مبكرة من خلال طريقة العلاج المناسبة. وبالتالي سوف لن يصل الأمر إلى تطور مزمن على الإطلاق.

وطبعاً لا نفكر في هذه التدخلات بالتحليل النفسي طويل الأمد أو المعالجات الأخرى الطويلة الأمد والتي إذا ما طولب مسؤولو الضمان الصحي بالتمويل لها فإن الرعب سيبدو واضحاً في عيونهم. إن النفسنة الشديدة Psychologization لنظامنا الصحي الخليقة بأن تتم على أساس مستوى نتائج تأثير طرق العلاج

النفسي النفساني Psychological Psychotherapy ليس لها أية علاقة بالنفسنة التي سخر منها وودي ألين Woody Allen في أفلامه بصورة عجيبة. فالأمر يتعلق بالمساعدة الفاعلة لكثير من المرضى الذين ترتبط آلامهم بموقف نفسي اجتماعي وخيم في التغلب على هذه الصعوبات. ومن أجل ذلك نفكر هنا بتدخلات مثل تدريبات التغلب الاستعرافية من أجل التغلب الأفضل على مواقف الإرهاق والعلاج الاستعرافي أو البين شخصي في الاضطرابات الاكتئابية ومعالجات المواجهة بالمثير في اضطرابات القلق والعلاج الزواجي في الأزمات الأسرية والتأثيرات العلاجية الأسرية في التشكيلات الاجتماعية المرهقة أو المشكلة ...الخ. وكل هذه التدخلات تستمر في المتوسط أقل من 20 جلسة علاجية ولا تحدث خلال هذا الوقت وبشكل مثبت علمياً لدى جزء كبير من المرضى المتعالجين تأثيرات دالة إحصائياً فحسب وإنما كذلك تحسناً مهماً من الناحية العيادية. فإذا ما حدثت هذه التدخلات مباشرة عند ظهور الصعوبات أو الأعراض المعنية لأمكن منع حدوث سير المرض المأساوية الموصوفة هنا. ولحدث توفير هائل كلية ليس فقط في لتكاليف العلاج الطبية للتكاليف الأخرى التي ذكرناها. ولسوف لن تشكل تكاليف التدخلات النفسية إلا النذر اليسير من هذا التوفير، شريطة أن تحدث هذه التدخلات في وقت مبكر. إذ أنه لا يمكن على الأغلب تحقيق الوصول إلى درء المعاناة الإنسانية والتكاليف المادية إلا من خلال منع الإزمانية التي مازالت إلى الآن أمراً من أمور الحياة اليومية.

و حتى في الاضطرابات القائمة منذ زمن أطول أمكن إثبات إمكانية التأثير على العواقب النفسية الاجتماعية لهذه الاضطرابات بشكل إيجابي. ففي المنشورات التي أشرنا إليها سابقاً لتسيلكه ومارك (Zilke & Mark,1979) تمكن 79% من أصل 72 مريض عاجز عن العمل من خلال معالجة سلوكية ذات توجه نفسي جسدي من العودة للعمل بعد المعالجة.

وفي دراسة لغينزبيرغ وماركس(Ginsberg & Marks, 1977) أمكن لدى 42 مريض عانوا لمدة 12 سنة وسطياً من الرهابات الشديدة والقسر والاضطرابات الجنسية ولجؤوا خلال هذه الفترة إلى طبيب عام، تحقيق تحسن شامل في الحالة النفسية الاجتماعية لهم خلال تسع جلسات فقط من العلاج النفسي السلوكي بوساطة ممرضات مؤهلات لهذا الغرض. فقد أصبح هؤلاء المرضى أكثر نشاطاً في وقت الفراغ بشكل دال. وخرجوا أكثر من المنزل ومارسوا عدد أكبر من النشاطات الرياضية وقرؤوا أكثر. وأمكن تخفيض الإقامة في المستشفيات الطبية النفسية بنسبة 86% وفي المستشفيات الطبية الأخرى إلى 35%. كما وأمكن تخفيض المراجعات للطبيب العام إلى 58% وللطبيب المتخصص إلى 43% واللجوء إلى مراكز الخدمة الاجتماعية ومؤسسات دعم اجتماعية أخرى بنسبة 100%. وتناقص عدم القدرة على العمل إلى حوالي 56%. وفي دراسة بعدية لغينسبيرغ و ماركس وفاتيرز(,Ginsberg Marks & Waters, 1984) أمكن القيام بمقارنة أكثر مباشرية مع القدر المحتوم لهذه العينة من الجمهور، إذ أنه في هذه الدراسة المضبوطة عولج المرضى الذين يعانون

من مشكلات شبيهة بتلك التي كانت في الدراسة السابقة ولجؤوا إلى طبيب عام وعولجوا إما علاجاً سلوكياً أو علاجاً تقليدياً (أي استمروا بالعلاج الطبي). وكانت النتائج شبيهة جداً بنتائج الدراسة السابقة. بل أنه من الجدير بالملاحظة هنا أنه قد ظهر في هذه الدراسة في المجموعة الضابطة أثناء فترة المقارنة ارتفاع في التكاليف في حين أن هذه التكاليف قد انخفضت بشكل جوهري لدى مرضى العلاج السلوكي. وتعني الأرقام التي تم الحصول عليها في هاتين الدراستين أن جزء من المرضى على الأقل قد عاد لممارسة دوره الاجتماعي بشكل أفضل وتمكن بنجاح من إيقاف سيرة صعوده على سلم المرض. وهنا ارتبطت أيضاً الفائدة اللامادية للمرضى وأقاربهم مع توفير واقعي للتكاليف بدلاً من المصاريف الإضافية.

ولكن ليس في الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية التقليدية في سن الرشد المبكر وحدها يقود التراجع عن التفكير الطبي الخالص وإجراءاته و الإدراك الهادف للإمكانات العلاجية النفسية حسنات قابلة للبرهان بالنسبة للمعنيين مباشرة و للمجتمع.

فمن خلال انزياح بنية السن عند السكان تصبح الصعوبات والاضطرابات الخاصة للكبار في السن مشكلة متزايدة النمو يمكن للمعالجة النفسية أن تقدم مساهمة قيمة للتغلب عليها. ففي دراسة لكلاين و فرانك وياكوبس (Klein, Frank & Jacobs, 1980) عولج مرضى كبار في السن شخص لديهم الفصام والمرض الهوسي الاكتئابي ومتلازمات نفسية عضوية في أثناء إقامتهم في مستشفى للطب النفسي إما بالإجراءات الطبية المعتادة هناك أو بعلاج سلوكي خاص. ونتيجة لذلك تم تحويل 13% فقط من المرضى الذين عولجوا سلوكياً مقابل 53% من المرضى الذين عولجوا علاجاً طبياً معتاداً بعد إقامتهم في المستشفى إلى أقسام فيها تقييد أكثر لظروف الحياة. كما واستطاع 51% من المعالجين سلوكياً مقابل 15% من مجموعات العينة الضابطة بعد المعالجة من أن يعيشوا ويسكنوا مستقلين (أي إما وحدهم أو مع أصدقائهم أو مع أسرهم). أما فترة الإقامة في المستشفى فقد كانت أقصر (بشكل دال جداً) بشهرين ونصف الشهر من فترة إقامة المجموعة الضابطة. وفي دراسة تقويمية للتكاليف والفوائد بعد أربع سنين من المعالجة ظهرت نسبة أفضل من الفوائد بلغت حوالي 11,6 مرة أكبر بالنسبة للعلاج السلوكي. إذاً فحتى في المجالات التي لا نستطيع اعتبارها من المجالات التقليدية لتطبيقات العلاج النفسي مباشرة يمكننا تحقيق خير كبير عدا عن التأثيرات التوفيرية للمصاريف.

ويعتبر علاج الألم من مجالات التطبيق الأخرى تلك. وهناك دراسات كثيرة حول معالجة مرضى الألم. وأمكن إثبات وجود طرق علاجية متعددة يمكنها تخفيض الألم بشكل فاعل. وهنا يتعلق الأمر بأهمية تأثيرات مثل هذه المعالجات على لحياة المرضى أنفسهم وعلى اللذين يمسهم الأمر مباشرة أو غير مباشرة. ففي دراسة لبودوبنيكار وماكنتوش (Podobnikar & Macintosh, 1981) عولج 19 مريض كانوا يعانون من ألم مزمن نتيجة حادث عمل وكانوا منذ 8 سنوات عاجزين عن العمل وعولجوا حتى الآن علاجاً طبياً دون أمل، بطلب من مؤسستهم وعلى حسابها بوساطة برنامج ألم طبي- علاجي نفسي خاص. وبعد

ستة أشهر من بدء العلاج أصبح كل المرضى قادرين على العمل بشكل كامل. وقاد تقويم للتكاليف والفوائد إلى أن المؤسسة قد وفرت من خلال دفع تعويضات الأضرار والتعويضات الاجتماعية 3 ملايين مارك ألماني (1,5 مليون دولار تقريباً). وهنا أمكن أيضاً من خلال التدخل الخاص والمحدود من منح حياة المرضى انقلاباً حاسماً نحو الخير ودون تكبد مصاريف لا تحتمل، بل على العكس قاد ذلك إلي تخفيض جوهري للتكاليف. وكذلك أمكن في دراسة لفاسوديران ولينش وأبرام (Vasuderan, Lynch & Abram,1981) و لموتيف و فان أوستينبيرغ (Motiff & van Ostenberg, 1981) بصورة دالة إخراج مرضى يعانون من الألم المزمن بوساطة معالجات سلوكية خاصة بالإضافة إلى المعالجة الطبية أكثر من المرضى الذين يتلقون علاجاً طبياً خالصاً من انسحابهم الكامل إلى دور المريض.

وسنختم استعراضنا للإمكانات الاجتماعية الممكنة الناجمة عن الإدراك المتزايد لإمكانات المعالجة النفسية المتوفرة بشكل واسع والمبرهنة فاعليتها أصلاً من خلال المثال الأخير التالي:

وهنا أيضاً يدور مثالنا حول مجال تطبيق موجود خارج مجال العلاج النفسي التقليدي، المتمثل في التحضير النفسي للمرضى على العمليات الجراحية. فحتى في هذا المجال الذي يبدو ظاهرياً بأنه طب عضوي كلية ثبت بأنه من المفيد جداً تأمل المجريات من منظور نفسي واستخلاص العواقب المناسبة من ذلك. كان منطلق التحضير النفسي للعمليات الملاحظة المتكررة التي لاحظها كثير من الجراحين و التي أثبتت في دراسات إمبيريقية كذلك بأن الحالة النفسية فيما قبل العملية للمريض تؤثر على مجرى العملية وعلى النقاهة بعد العملية. غير أن غالبية الجراحين يشعرون بأنهم محملون أكثر من طاقتهم من ناحية الوقت والمضمون في إقامة مثل هذا الاتصال النفسي قبل العملية مع المريض من أجل أن تتم التهيئة النفسية بشكل جيد لهذا المريض على ما سيواجهه. ومن هنا خطرت على البال فكرة بجعل متخصص نفسي معين لهذا الفرض يقوم بهذه المهمة. وفي تلك الأثناء توجد 53 دراسة مضبوطة حول فاعلية وفوائد الأنواع المختلفة للتحضير النفسي على العمليات الجراحية وذلك بالنسبة للأنواع المختلفة من لعمليات الجراحية (عمليات القلب، والعمليات النسائية، وعمليات انزلاق الفقرات ...الخ). أما هدف التحضير النفسي على العمليات فيتمثل في تحقيق شروط جيدة قدر الإمكان من أجل مجرى خال من المضاعفات للعملية والإقامة في المستشفى و الشفاء السريع وذلك من خلال تقديم المعلومات الموضوعية المناسبة وتعليم استراتيجيات التغلب والدعم الانفعالي. ونتائج هذه الدراسات واضحة. فقد ظهرت تأثيرات إيجابية في كل المعايير كالمضاعفات في أثناء أو بعد العملية والحالة الجسدية بعد العملية والمخاوف قبل وبعد العملية والألم واستهلاك الأدوية والنقاهة بعد العملية ومدة الإقامة في المستشفى. وبلغت شدة

التأثير في المتوسط بالنسبة ل 175 متغيرة وسطياً من دراسة 0,59. وعندما قام المعالجون النفسيون باستخدام تقنيات علاجية نفسية خاصة في التحضير مثل تدريب التلقيح ضد الإجهاد وفق مايشنباوم Meichenbaum بلغت شـدة التـأثير 0,72 وهذه الشدة كانت أعلى من شدة التأثير عندما كان التحضـير يـتم مـن موظفين غير مؤهلين لهذا الغرض، حيث بلغت نسبة الشدة هنا 0,42 فقط. أمـا عندما كان التحضير على العمليات الجراحية مؤلفاً من تقديم المعلومـات فقـط كانت شدة التأثير أقل فاعلية بشكل دال مما لو تم الأمر مـن خـلال التحضـير الشامل. فتقصير وقت الإقامة في المستشفى لمدة يومين قادت إلى أكثر من مجرد تعويض تكاليف التحضير للعمليات الجراحية من خلال متخصص نفسي موظف لهذا الغرض. ناهيك عن التوفير في الجوانب الأخـرى كانخفـاض اسـتهلاك الأدوية. إذاً فتوظيف متخصص نفسي للتحضير للعمليات الجراحيـة لا يـرتبط بمصاريف إضافية بل أن راتب هذا النفساني سرعان ما سيسـترد مـن خـلال التوفير من أماكن أخرى بل وأكثر من ذلك. والأهم من ذلك طبعاً هي التأثيرات المعنوية المرجوة في الواقع وبشكل خاص على المرضـى. فهـؤلاء ينقهـون بسرعة أكبر ويعانون من مضاعفات أقل ويشعرون بأن الإقامة فـي المستشـفى والمشكلات الناجمة عن ذلك أقل إرهاقاً لهم.

أما الفائدة المعنوية الأهم فيمكن في الواقع رؤيتها مع الزمن أنه من خـلال التحضير النفسي على العملية يتم التأثير بشكل معاكس للإيفاد السائد (أو التحويل السائد) للتغلب على المرض إلى الأطباء والأدوية. إذ أنه يمكن للمريض أن يتعلم على الأقل بين الحين والآخر بأنه يمكنه أن يسهم في شفائه الـذاتي وكيـف أن خبرته وسلوكه يتبادلان التأثير مع حالته الجسدية. وبالتالي فإن التحضير النفسي على العمليات يؤثر باتجاه زيادة تحمل المسؤولية الذاتية عند المـريض ورفـع درجة رشده. وهذا عبارة عن اتجاه يحتاجه نظامنا الصحي ككل بصورة ملحة.

ينبغي أن ينظر للصحة، الجسدية والنفسية على حد سواء بدرجة أكبر بكثير مما هو قائم اليوم على أنها شيء يمكن بناؤه و المحافظة عليه من خـلال إدارة حياة ملائمة وليس من خلال غياب المرض الذي قد يكون مقـدراً أو لا يكـون. وينطبق هذا بشكل خاص على الاضطرابات النفسية والنفسية الجسـدية. فهـي تتطور عن أسلوب حياة الفرد و كلما تمت ممارسة تأثير إيجابي بشـكل أبكـر وأكثر تخصصاً يمكن منعها أو معالجتها بفاعلية أكبر. وإمكانات طرق التـدخل الفاعلة التي يمكن تقديمها من خلال تكاليف محدودة في العادة موجـودة كفايـة. وهي لا تحتاج سوى إلى الاستخدام بشكل أكثر كثافة و أكثر مهنية إذا ما أردنـا تحقيق الفائدة الاجتماعية الممكنة من العلاج النفسي بشكل أفضل مما هـو قـائم حالياً وفق مستوى التطور الراهن.

2.1 . واقـــع إمكانـــات الإمـــداد الراهـــن

إلى جانب هذه الاستنتاجات المسرة من نتائجنا هناك واقع أليم جدا. فعلى الرغم من أن ما وصفناه حتى الآن قابل اليوم للتحقيق ولكنه لا يشكل واقع التأمين اليوم على الإطلاق. بل إن هذا الواقع منحرف عن الإمكانات القائمة اليوم بحد ذاتها إلى درجة تتطلب التغييرات الملحة.

ولم يتضح لنا أنفسنا مقدار هذا التباعد إلاّ عندما عالجنا نتائجنا و كتبنا تقارير أبحاثنا[5]. وفي أثناء هذا الوقت كان على المؤلف الأول لهذا الكتاب أن يناقش بشكل جذري وضع الإمداد العلاجي النفسي في جمهورية ألمانيا الاتحادية بتكليف من الحكومة الألمانية في إطار تقرير خبير حول مسألة قانون للعلاج النفسي. وعندما يقارن المرء الأرقام المتوفرة من الدراسات الجائحية حول انتشار الاضطرابات النفسية مع الأرقام التي تم الحصول عليها من صناديق الضمان الصحي ومصادر أخرى حول المعالجات التي تتم بالفعل، فسوف يستنتج وجود هوة كبيرة بين عدد أولئك الذين يحتاجون للمعالجة النفسية وعدد أولئك الذين يحصلون عليها بالفعل. وقد تمت معالجة هذه الهوة بين الحاجة للإمداد وواقعه في التقرير المعد بصورة مسهبة ووضعت اقتراحات تفصيلية حول الكيفية التي يمكن فيها ردم هذه

الهوة(Meyer et al., 1991). ويمكن أن يكون رفع عدد المعالجين النفسيين المؤهلين جيداً أحد أكثر الإجراءات فاعلية. ولن نتعرض في هذا المقام للمسائل المهنية والاجتماعية القانونية المرتبطة بذلك، إذ أن ذلك سوف يضللنا عن الاستنتاجات المباشرة من نتائجنا. ويمكن للقارئ المهتم هنا أن يعود إلى التقرير.

ولكن توجد أيضاً حالة ثانية سيئة بشكل خطير، تتضح من نتائجنا بشكل كبير ويوجد حولها حتى الآن القليل جداً من الوعي العام. وتكمن هذه الحالة السيئة في الهوة بين عدد أولئك المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً وعدد أولئك المرضى الذين يتلقون أفضل علاج نفسي ممكن. فقسم كبير من المرضى المعالجين علاجاً نفسياً يعالج اليوم أسوأ مما هو مفترض في الواقع بالنظر إلى المعرفة المتوفرة وإمكانات العلاج المتوفرة. فمن النادر جداً أن يتم استخدام طرق العلاج الأكثر فاعلية -والمقصود هنا طرق العلاج الخاصة باضطرابات نوعية. وبدلاً من ذلك يعالج المرضى الذين ثبت أن هذه الطرق ملائمة لهم بشكل خاص بطرق لا تستمر من غير داع لفترة طويلة فقط وإنما أيضاً لا تحدث أية تحسينات أو تحدثها بشكل محدود على الرغم من وقت العلاج الطويل. فإذا ما أخذنا كل مصادر المعلومات التي توضح لنا كم من المرضى في الوقت الراهن يعالجون نفسياً وأي نوع من العلاج النفسي يتلقون - ومن ضمنها التحليلات العلمية للإمداد العلاجي النفسي (على سبيل المثال Kchele & Kordy,1992) وتقارير الروابط العلاجية ومؤسسات الإمداد والتأهيل وعدد خدمات الضمان الصحي ...الخ.(راجع حول هذا Meyer et al.,1991) - وما يمكن اشتقاقه من ذلك لتكرارات استخدام الأساليب منفردة ويقارنها مع فاعليتها

المبرهنة بالنسبة لمجالات تطبيق معينة فلسوف نستنتج أن تكرارات الاستخدام والفاعلية هي أقرب للارتباط السلبي مع بعضها. وهذا يعني أنه في الوقت الراهن يظهر أن أولئك المرضى الذين يعالجون بالنوع الذي يعتقد بأنه الأمثل بالنسبة لهم من العلاج النفسي يشكلون بوضوح أقلية مقابل المرضى الذين يحصلون على علاج غير ملائم أو على الأقل أقل مثالية بالنسبة لاضطرابهم أو لشخصهم.

و سيوجد بالطبع دائماً نوع من التباعد بين الإمداد العلاجي الأمثل الممكن و الإمداد الفعلي، بسبب وجود كثير من العوائق التي يمكن أن تعيق التحقيق الأمثل للمعالجات الممكنة. ونحن هنا لا نقصد هذا النوع من التباعد. إننا نتحدث هنا عن تباعد غير ضروري بحد ذاته يمكن تجنبه أو إزالته، مع العلم أنه راسخ جداً ليس في الأذهان وفي ممارسة معالجين نفسيين متفرقين فحسب وإنما في بنى الإمداد الراهنة و نظام التأهيل المستقر أيضاً ولهذا لن يكون من السهل تقليله. ولعل بعض الأمثلة تستطيع إيضاح ذلك.

ففي النمسا وضع مؤخراً في إطار قانون للعلاج النفسي المرحب به بحد ذاته تنظيم لممارسة العلاج النفسي يضع الأشكال العلاجية الخالصة من أجل الاعتراف بالتأهيل وتنظيم خدمات الضمان الصحي إلى جانب بعضها على نفس الدرجة من دون أن يراعي الفاعلية المختلفة جداً في الواقع لهذه الأشكال العلاجية ولو في حدها الأدنى. فالأشكال العلاجية التي لم يتم إثبات فاعليتها أبداً أو حتى ينبغي أن يشكك بها وضعت على نفس الدرجة إلى جانب تلك الأشكال المبرهنة فاعليتها بوضوح بالنسبة لكثير من مجالات التطبيق. ومن خلال هذا التنظيم -وتحت التذرع بمصلحة المرضى- تم ترسيخ تلك الحالة التي كان لابد من تجاوزها لمصلحة المرضى. فمن استطاع حتى ذلك الحين أن يمتلك تأثيراً كافياً على نظام الإمداد والتأهيل تم الاعتراف به وتدفع له الأجور. أما من يقدم عملاً إمدادياً مبرهنة جودته فلم يعترف به أو يدفع له. فمصالح المعالجين تحدد من الذي سيعالج من في المستقبل وليست مصالح المرضى في الحصول على معالجة فاعلة قدر الإمكان هي التي تحدد ذلك. وكل المعالجين من الاتجاهات كلها كانوا سعداء لأن كل واحد منهم حصل على قطعة من قالب الحلوى. ولكن المرضى لا يملكون أية جماعة ضغط Lobby وبالتالي فسوف يستمرون لوقت طويل في الحصول على علاج أسوأ مما هو ممكن بالفعل.

وحتى في ألمانيا أيضاً فإن بنى الإمداد والتأهيل القائمة غير مهيأة بأي شكل من الأشكال لأن يحصل المرضى على العلاج الملائم بالنسبة لهم. ويمثل مجال السيكوسوماتيك مثالاً بشعاً حول ذلك. ففي الدراسات التي قمنا بتحليلها غالباً ما تمت معالجة مرضى باضطرابات نفسية جسدية كالربو وضغط الدم ...الخ. وتوجد نتائج كافية حول الكيفية التي يمكن بها معالجة هذه الاضطرابات بشكل فاعل. وقد تم الإثبات بشكل قاطع بأنه توجد مجموعة كاملة من طرق العلاج

وبشكل خاص من المجال الاستعرافي السلوكي والعلاج بالتنويم وطرق الاسترخاء تحسن الاضطرابات النفسية الجسدية بصورة فاعلة. غير أن الطريقة التي أثبتت بأنها غير ملائمة ومشكوك بها لمعالجة الاضطرابات النفسية الجسدية بالتحديد، أي العلاج النفسي التحليلي، هي الطريقة المسيطرة في الإمداد النفسي الجسدي والتأهيل الخاص بذلك. فكل كرسي تعليمي للعلاج النفسي السيكوسوماتيكي في جمهورية ألمانيا الاتحادية يشغله محلل نفسي. وفي الواقع فإنه منذ تأسيس هذا الاختصاص يوزع هذا الكرسي التعليمي بالدرجة الأولى وفق الانتماء المدرسي. وهذه الحقيقة بحد ذاتها و البنى المنتجة لا يمكن توفيقها مع المبادئ الأساسية لعلم "جامعي"، إذ أنه كيف لإنسان أن يبحث ويعلم بحرية إذا ما اتخذ نظرية مضمونية معينة شرطاً لعمله؟ وإذا ما أراد الإنسان أن يكون من أتباع نظرية معينة، كي يسمح له كأستاذ في مجال الطب بالعمل على مسائل العلاج النفسي والسيكوسوماتيك، فلن يشبه هذا عندئذ إلا جعل البطاقة الحزبية هي التي تقرر من يجوز له أن يكون مدير مؤسسة فنية معينة. ومثل هذه الممارسات من الاختيار ما خدمت في يوم من الأيام نوعية العمل الناجم عن ذلك على الإطلاق. وهذه الحالة تمتلك بالنسبة للمرضى الذين يعالجون داخل هذه الأقسام الجامعية عواقب سلبية ملء اليد. فهؤلاء المرضى يتوقعون لأسباب وجيهة أن يتلقوا هناك العلاج المؤهل بشكل خاص، إلا أنهم في الواقع يعالجون هناك بالتحديد بشكل أسوأ مما هو ممكن بالجهد نفسه أو حتى أقل لو كانت هذه الأقسام لا تعمل بصورة أحادية الجانب وفق شكل غير ملائم بشكل خاص من العلاج بالنسبة لهذه الاضطرابات. وكل هذا يحدث دون وعي محق (أنظر على سبيل المثال Hoffmann,1992)، إذ أنه لا يوجد تقويم مستمر مقارن لنجاحات العلاج،التي يمكنها أن تظهر سوء الحال القائم. وبما أن اختصاص العلاج النفسي السيكوسوماتيكي مادة أساسية بالنسبة لكل الأطباء - والمتجه أيضاً في محتوى المحاضرات و الامتحان بشكل أحادي الجانب اتجاهاً نفسياً تحليلياً - تستمر هذه الحالة اللاعقلانية إلى ما لانهاية. ويهيأ أطباء المستقبل على أسلوب من التفكير أقرب لأن يكون غير ملائم لمعالجة المرضى بأمراض نفسية جسدية وللإشراف على مرضى بأمراض عضوية مع العلم أنه توجد بدائل أفضل. ولهذا وعندما يهتم الأطباء بالعلاج النفسي فإنهم يقومون بإجراء تأهيل تحليلي نفسي. وهذا النوع من التأهيل غير ملائم كثيراً وبشكل خاص من أجل ممارسة العمل العلاجي النفسي في مجال الطب. وعندئذ لا يوجد متسابقون ملائمون يحملون تأهيلاً أفضل من أجل الحصول على الكراسي التعليمية، وبالتالي ينشأ نظام يحافظ على استمراريته بنفسه، لا يمكن على ما يبدو رؤية لامنطقيته إلا من الخارج.

وكذلك في سويسرا هناك ارتباط سلبي واضح بين تكرارات التطبيق وفاعلية طرق العلاج منفردة. فوفق دراسة لهوبي (Hobi,1990) يعمل على سبيل المثال 98% من الاثنين وتسعين معالجاً نفسياً طبيباً في مقاطعة باسل و 72% من أصل 72 معالجاً نفسياً بأساليب نفسية عميقة. وهذا لا يعني في الواقع غير أن الأساليب

العلاجية ذات الفاعلية المبرهن أنها الأفضل مستثناة كلية من الإمداد القائم بالفعل. وهذا ما يؤكده عرض بيريتس لحالة العلاج النفسي في سويسرا حيث يقول :" إن قطاع العلاج النفسي في سويسرا يعاني الآن في كثير من المقاطعات من حالة حرجة. فعندما يعاني شخص ما من اضطراب القلق أو اضطراب اكتئابي، فإن الفرصة ضئيلة بأن يعالج بطريقة مثلى - وفق مستوى المعرفة الراهن-. في حين أنه لو كان يعيش في زيورخ ويستطيع دفع تكاليف 'العلاج' بنفسه أن يختار من عرض منوع يمتد من العلاج الأساس Primertherapy عبر ضروب متنوعة من التحليل النفسي إلى الديناميكية البيولوجية وإلى طريقة فيلدينكرايس Feldenkrais-Method و العلاج المؤسساتي وحوالي 30 طريقة أخرى وصولاً إلى العلاج النفسي بالمحادثة (المتمركز حول المتعالج) وطرق العلاج السلوكي، المعروضة من الأطباء والمتخصصين النفسيين الأكاديميين وغير الأكاديميين والفلاسفة ورجال الدين وأشخاص آخرين كثر يحملون تأهيلاً أكاديمياً وغير أكاديمي. وقلما يتم طرح مسألة الفاعلية التفريقية. وغالبية المعالجين النفسيين يعملون بشكل 'متمركز حول المدارس'، أي أنهم متمكنون من طريقة علاجية واحدة ويستخدمونها مع كل المرضى"(Perrez, 1292,P. 189). وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار ما هي الطرق العلاجية التي أثبتت فاعليتها بالفعل لمعالجة الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية فإنه يصعب عندئذ تبرير هذه الأوضاع تحت ستار مصالح المرضى. والحقيقة البسيطة، والتي يتم إنكارها، هي أن عروض الإمداد العلاجية في المحيط الناطق بالألمانية كله يتم تحديدها إلى مدى بعيد من خلال التفضيل والاهتمام الشخصي للمعالجين وليس من خلال حق المرضى في الحصول على أفضل علاج ممكن.

ودون إرجاعات موضوعية حول التأثيرات الفعلية للأشكال العلاجية المختلفة فإنه من غير المحتمل كثيراً أن يتغير شيء في الأوضاع القائمة، ذلك أن سوء الحال سيظل غير معروف بالنسبة للغالبية. ولهذا فإنه ليس على سبيل الصدفة من هم أولئك الذين لا يهتمون على الإطلاق بهذه الإرجاعات الإيجابية. إنهم أولئك المستفيدون من الأوضاع القائمة، مهنياً أو مادياً أو حتى لمجرد أنهم يستطيعون الحفاظ على نظام قيم مهم بالنسبة لهم شخصياً.

لن نستسلم لوهم أن غالبية المعالجين النفسيين متحمسون لمعرفة شيء حول التأثير الفعلي للأشكال العلاجية المختلفة و يتقبلون عن طيب خاطر النتائج التي قمنا باستخلاصها في دراساتنا. إننا نعرف من فيض من ردود الفعل الغاضبة أو المستَنكرة في مقالات الجرائد ورسائل القراء والمجلات على منشوراتنا لبعض نتائج دراساتنا (Grawe,1992a,1992b) بأن كثيراً من المعالجين النفسيين والأطباء يشعرون بأنهم مهددون من خلال عرض نتائجنا (راجع حول هذا Grawe, 1992c). ولعل ردود الأفعال هذه هي أفضل دليل على أن عرضنا للموقف كان صائباً في جوهره. وبمجرد أن يتم مس اهتماماتنا المهنية والمادية،

فإننا قلما نتوقع أن يتم إدراك المكسب المعرفي الموضوعي الكامن في نتائجنا على أنه كذلك. وفي هذا المقام لا يسعنا إلا أن نأمل أن يستنير أكبر قدر ممكن ولو بشكل غير مباشر من الجمهور المعني بشكل أفضل من خلال كتابنا حول الأوضاع القائمة في مجال العلاج النفسي وبالتالي أن ينشأ ضغط لتعديل الأوضاع.

كما ونعرف من ردود الأفعال التي حصلنا عليها على منشوراتنا السابقة بأن كثيراً من المعالجين النفسيين والمهتمين الآخرين بمجال العلاج النفسي قد استجابوا بعنف على تقارير نتائجنا لأن كثيراً من النتائج التي وجدناها تخالف آراءهم وقناعاتهم القائمة حتى الآن من الصميم. ويمكننا أن نتفهم جيداً بأن الإنسان في مثل هذه الحالة يحاول في البداية أن يشكك بموثوقية المعلومات المزعجة وبالتالي أن يجعل من الرسالة غير ضارة. وتجاه استراتيجية الدفاع هذه لا يسعنا أن نسترخي وننتظر ببساطة. إننا وبعد انشغالنا لسنوات طويلة بمادة النتائج التي قامت عليها أبحاثنا على قناعة بأن أهم المقولات التالية المستخلصة من نتائجنا حول فاعلية وأسلوب تأثير العلاج النفسي التي توصلنا إليها سوف تتقوى في جوهرها من خلال أبحاث أخرى. وهي ليست فرضيات بل نتائج مدعمة بشكل واسع. و على الرغم من أنها ستتمايز أكثر من خلال البحث المتقدم إلاّ أنه من المؤكد أنها لن تنقلب إلى الضد. ومن لا يريد اليوم أخذ هذه النتائج بعين الاعتبار فعليه الانتظار. ولن يستطع في يوم من الأيام إلاّ وأن يتقبلها لأنها تعكس الوضع الحقيقي الذي لا يمكن تجاهله إلى ما لانهاية، إذا ما أراد الإنسان الحفاظ على اتصال كاف مع الواقع. و على أية حال فإن التصورات التي تتطابق مع الحقائق المبرهنة إمبيريقياً بصورة أفضل ستستمر في لعب الدور الأكبر في التطور المتواصل للعلاج النفسي. ولا نعتقد أن البدء منذ اليوم باستخلاص النتائج من الحقائق التي توصلنا إليها وحتى تلك النتائج من النوع الذي يمتد إلى مدى واسع سيكون مضللاً. أما ما هي تلك العواقب الممكنة، فهذا ما سوف نحدده في الفصل الأخير تحت عنوان "مستقبل العلاج النفسي:معالم علاج نفسي عام" ولكن وقبل أن ننتقل إلى ذلك سوف نلخص أهم نتائج دراساتنا مرة أخرى بمقولات موجزة قدر الإمكان ونناقش أهميتها بالنسبة للممارسة العلاجية النفسية والتأهيل في العلاج النفسي و لفهم أسلوب تأثير العلاج النفسي.

2. استنتاجـــات من أهـــم نتائـــج الدراســـات

قمنا في عرض تقريرنا حول نتائج دراساتنا بوضع تقرير مفصل حول كل طريقة من طرق العلاج النفسي. ومن خلال الكم الهائل من المعلومات المتضمنة في ذلك تصعب الإحاطة بالكل كاملاً. وعلى الرغم من أننا بنينا بين الحين والآخر علاقات عرضية مع الطرق العلاجية الأخرى في نهاية التقارير و وضعنا إلى حد ما تقييمات واضحة أيضاً، غير أننا لم نقم حتى الآن بإلقاء نظرة منهجية على الكل ولم نستنتج أهم المقولات التي نجمت عن تحليلاتنا من منظور النظرة الشاملة. وهذا ما ننوي القيام به فيما يلي من الحديث. ونحن هنا لا نطمح إلى الكمال وإنما سنبين تلك المظاهر من النتائج التي تبدوا لنا بأنها تحمل أكبر مكسب معرفي.

1.2. مـــــــدة العـــــــلاج

تقاس المدة الزمنية التي تحقق فيها المعالجات النفسية فاعليتها حسب الأشهر وليس حسب السنين. وبالتحديد في الأشكال العلاجية التي أثبتت نفسها بأنها فاعلة بشكل خاص، تظهر التأثيرات الإيجابية للعلاج على سبيل المفاجأة خلال فترة قصيرة أو أنها تتحقق خلال عدد قليل من الجلسات. و ينطبق هذا بشكل واضح جداً على كثير من الأساليب العلاجية الاستعرافية. ولكن حتى أيضاً في دراسات العلاج النفسي بالمحادثة (العلاج المتمركز حول المعالج) كان متوسط مدة العلاج أقل من 20 جلسة على الأغلب. والشيء نفسه يسري على المعالجات البين شخصية والأساليب الاسترخائية، التي تم استنتاج وجود تأثيرات إيجابية لها. إذاً فالمقولة القائلة: أنه يمكن تحقيق تأثيرات علاجية جيدة جداً بعدد قليل نسبياً من الجلسات يمكنها أن تستند إلى عدة مئات من الدراسات وتنطبق على أشكال علاجية من مختلف الاتجاهات. وبشكل متفرق لم تظهر أية تأثيرات علاجية مقنعة في المعالجات التحليلية النفسية خلال مدة زمنية قصيرة بالمقارنة. وكانت التأثيرات هنا أفضل في المعالجات الطويلة. غير أننا نؤكد أن هذه المقولة لا تنطبق على المعالجات المؤلفة من ثلاث جلسات. و لا يوجد أي دليل إمبيريقي على أن المعالجات الطويلة تقود إلى تأثير إيجابي ما، لا يمكن تحقيقه نفسه أو حتى أفضل في معالجات أقصر.

فالرأي المنتشر بين كثير من المعالجين النفسيين التحليليين والقائل أن المرضى المضطربين جداً يحتاجون إلى علاج طويل الأمد ليس له ما يثبته على الإطلاق. فهؤلاء المرضى لا يحتاجون إلى علاج أطول وإنما إلى علاج آخر. فإذا كان لابد للتحليل النفسي طويل الأمد من أن يكون مفيداً لشخص ما على العموم فهو مفيد بشكل خاص للمرضى الأصحاء الذين يتمتعون بأناً قوية(Kernberg,1973) .

كما وأن مقولة أن التحسن المهم يمكن أن يحدث في وقت قصير جداً لا تعني أن المعالجات القصيرة تشكل المدة العلاجية الأمثل لممارسة العلاج النفسي. ففي كثير من الدراسات كانت مدة العلاج محددة منذ البدء وكان العلاج مقتصراً على إجراء معين. ومن الممكن جداً أنه في كثير من هذه الدراسات كان من الممكن أن تظهر تأثيرات إيجابية أخرى عند مواصلة العلاج وباستخدام أساليب أخرى. وعليه فقد بلغت مثلاً مدة العلاج لدى المعالجين السلوكيين الذين استطاعوا استخدام طيف الطرق السلوكية الاستعرافية كله ولم يطلب منهم تحديد مدة العلاج في المتوسط بين 30 و 40 جلسة علاجية (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) أو حوالي الثلاثين (Grawe,1976; Schulte et al.,1991,1992). أما المعالجات النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج) فتستمر تقريباً المدة نفسها مع مجموعات قابلة للمقارنة من المرضى(Grawe,1976 ; Grawe et al.,1990).

ولابد من أن نأخذ بعين الاعتبار أن هذا العدد يقوم على المدة المتوسطة للعلاج بالنسبة لمجموعات كاملة من المعالجة وليس على المعالجات منفردة. كما وأن مدة

المعالجات منفردة قد تغايرت كذلك في الدراسات بشكل كبير ويمكن أن تبلغ -حتى في المعالجات النفسية بالمحادثة والمعالجات السلوكية- 70 أو 90 جلسة. وبالفعل يوجد ضمن المجال الذي يبلغ عدد من الجلسات أكثر من رقمين وبين مدة العلاج ارتباط إمبيريقي إيجابي دال. وقد تم اختبار مثل هذه الارتباطات في أبحاث العلاج النفسي 155 مرة. وهنا ظهر ارتباط إيجابي دال في 99 مرة و 6 مرات ارتباط سلبي دال و 50 مرة لم يظهر أي ارتباط بين مدة العلاج و نتيجته (Orlinsky, Grawe & Parks تحت الطبع). مع الأخذ بعين الاعتبار هنا أن الارتباط هنا ليس ارتباطاً خطياً وإنما ارتباط لوغاريتمي، أي أن ازدياد التحسن يصبح دائماً أقل مع ازدياد مدة العلاج. وقد قام هاوارد وآخرون (Haward et al.,1986) بدراسة نوع الارتباط بين عدد الجلسات والتأثير على 15 مجموعة مختلفة من المرضى بلغ عددها الكلي 2431 مريضاً بوساطة نوع خاص من التحليل يسمى " التحليل الاحتمالي Probitanalysis" بصورة أدق. ووفق ذلك كان قد ظهر لدى 50% من المرضى تحسن واضح بين الجلسة السادسة والثامنة، ولدى 75% منهم حتى الجلسة السادسة والعشرين وفي 52 جلسة علاجية أسبوعية أي بعد سنة حقق المرضى في المتوسط أقصى تأثير. غير أنه لابد من أن نأخذ بعين الاعتبار أن هذه المعالجات المدروسة كانت معالجات ديناميكية عموماً. ووفق نتائجنا يحتمل بالتالي أن يتعلق الأمر في الأرقام المذكورة بالقيم الحدودية العليا التي تقل عنها كثيراً أو قليلاً في العلاجات الأخرى.

فما هي الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من هذه النتائج؟

لابد من الانطلاق بالنسبة لتخطيط الإمداد و حساب التكاليف أن التأثير الذي يمكن تحقيقه من خلال العلاج النفسي يمكن الوصول إليه في العادة خلال سنة واحدة بمتوسط من الجهد لا يبلغ مقداره أكثر من أربعين حتى خمسين جلسة علاجية. والمعالجون الذين تستمر جلساتهم العلاجية في العادة لفترة أطول يعملون بشكل غير فاعل. وطول فترة علاجهم غير مبررة منطقياً وإنما تقوم على فرضيات غير منطقية وخاطئة بشكل مبرهن.

أما المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً ويستنتجون فيه بعد 25 جلسة علاجية أو بعد ستة أشهر بأنهم لم يحققوا تحسناً واضحاً في مشكلاتهم التي لجؤوا بسببها إلى العلاج، فإن أملهم موضوعياً أقل باطراد في أن تظهر مثل هذه التأثيرات الإيجابية في مجرى العلاج اللاحق. ويفعلون طيباً إن غيروا المعالج ولجئوا إلى نوع مختلف كلية من العلاج. والمرضى الذين يشعرون بأنهم قد حققوا تأثيرات إيجابية بعد وقت معين ولكنهم لم يحققوا أهدافهم بعد عليهم البقاء على العلاج نفسه، إذ أن أملهم في أن تظهر في المجرى اللاحق تحسينات أخرى ليس ضعيفاً. غير أنهم محقون في أن يصبحوا شكاكين إذا ما وصل العلاج إلى عدد ثلاثي من الجلسات من دون أن يقوم المعالج بالتحضير لإنهاء العلاج.

والمعالجون الذين يستنتجون بالنسبة لهم أنفسهم أن أكثرية معالجاتهم تستمر أكثر من 40 جلسة علاجية عليهم بالرجوع إلى الكتب.

وهم إما ضحايا لتأهيل خاطئ و\أو ضحايا لتشويه منتَج ذاتياً للواقع يمكن أن ينزلق فيه بسهولة المعالجون الذين يمارسون العلاج في عياداتهم الخاصة بشكل خاص. والمعالجون الذين يميلون إلى إطالة العلاج وذلك إما لأنهم يعتقدون مبدئياً بضرورة ذلك أو لأنهم لم يلاحظوا بعد وجود تحسن كاف لدى مرضاهم، سرعان ما سيصبحون بعد بعض الوقت مستغرقين بإتمام المعالجات الطويلة إلى درجة أنهم قلما سيتمكنون من استقبال مرضى جدد للعلاج. وعندئذ سوف يخلطون بسهولة بين ذلك الجزء من الواقع الذي أنتجوه بأنفسهم وبين الواقع الفعلي ويتولد لديهم الانطباع بأن خبراتهم المتزايدة تظهر لهم بأن المعالجات الطويلة الأمد ضرورية. ومن هنا لا يجمعون أية خبرات حول القيام بمعالجات قصيرة وفاعلة حقاً. وليس بالضرورة لخبرات العلاج أن تكون إيجابية بل أنها يمكن أن تتحول إلى عقبة تحصر المعالجين في عالم ضيق بنوه بأنفسهم دون أن يكونوا واعين بذلك.

ولابد للتأهيلات العلاجية بالدرجة الأولى أن تعد المعالجين النفسيين المستقبليين في القيام بالمعالجات التي لا تستمر منذ البداية أكثر من 40 جلسة علاجية. وعلى تصورات التأثير النظرية التي تعطى للمعالجين أثناء التأهيل و الذخيرة السلوكية المتعلمة أن تتلاءم مع هذا الهدف التعليمي. ومن هذا المنظور فإن غالبية مسارات التأهيل التحليلية النفسية بشكل خاص ليست في زمانها الصحيح anachronism، وذلك من خلال أنها وعلى عكس كل المبادئ التعليمية وعكس المعارف المؤكدة حول أسلوب تأثير العلاج النفسي وتحت التعامي عن العمل المستقبلي الحقيقي لمرشحيها في التأهيل تجعل المجال الرئيسي ومحتوى التأهيل قائم على سنوات عديدة من التحليل التأهيلي وما يرتبط بذلك من تصورات حول الفاعلية. فالأثر الوحيد المبرهن إمبيريقياً المعروف لنا للتحليل التعليمي طويل الأمد هو أن المعالجين الذين أنهوا تحليلاً تعليمياً طويلاً يعالجون مرضاهم لاحقاً بعلاج طويل الأمد أيضاً(Orlinsky & Howard, 1986). وعلى ضوء ما تطرقنا إليه سابقاً فإنه لا يمكننا اعتبار ذلك نمواً في الكفاءة. عدا عن ذلك فإن التحليل التعليمي يمتلك تأثيراً باهظ التكاليف بالنسبة لنظام الإمداد. وربما تكون بقايا التحليل التعليمي طويل الأمد هي البقرة المقدسة للتحليل النفسي وطبقاً لذلك فسوف يستغرق الأمر وقتاً إلى أن تذبح هذه البقرة، مع أنها جاهزة للذبح منذ مدة طويلة. لقد استغرق الأمر زمناً طويلاً قبل أن تتشجع المحللون النفسيون على دراسة علاجاتهم الخاصة وما يرتبط بذلك من فرضيات، معرضين دائماً لخطر ألا يعود زملائهم يعتبرونهم محللين "حقيقيين". وحتى الآن لم يتعرض أحد إلى مؤسسة التحليل النفسي التعليمي

-وهذا طبيعي - إذ أن هذه المؤسسة تمتلك بالنسبة للمحللين النفسيين وظيفة ديناميكية جماعية شبيهة بالوظيفة التي يمتلكها البعد المناسب في المبارزة بالسيف من أجل الضربة القاطعة. إنها طقس مؤسساتي لا يستغنى عنها، يتحول فيها طبيب أو نفساني إلى محلل نفسي، إلى إنسان بهوية جديدة، إلى عضو جديد في طائفة التحليل النفسي.

لقد وصلنا هنا إلى واحدة من جذور الصعوبات التي تمنع من تطوير العلاج النفسي إلى مهنة بالمعنى الفعلي يقوم عملها على التقييمات الموضوعية للخدمة المقدمة وتستعين

من أجل تحسين عملها بوسائل العلم الموضوعي نفسها. فالطريق من " العقيدة للإيمان " أو من ("العقيدة للمهنة") يرتبط بالنسبة لكثير من المعالجين النفسيين مع فقدان هويتهم وأمنهم في طائفة ما. ولهذا السبب فإن المعبر المبرهن منذ زمن بعيد من خلال الوقائع صعب هكذا والإنكار والصد لهذه الوقائع كثيف هكذا. وتتضح هذه الحقيقة بشكل خاص في مؤسسة التحليل التعليمي. فالوقائع تثبت منذ زمن بعيد بأن الفائدة الموضوعية لتحليل تعليمي طويل الأمد مشكوك بها بالنسبة لتأهيل المعالجين النفسيين. والتكاليف الناجمة عن ذلك وحدها تبرر السؤال عما إذا كانت الأهداف المرجوة من ذلك تتحقق بالفعل. أما فيما يتعلق بالفاعلية العلاجية لمرشحي التأهيل باعتبارهم معالجين نفسيين مستقبليين فهناك أسباب وجيهة لافتراض أن التحليل التعليمي أقرب لأن يكون مضراً. فهو لا يأخذ القسم الأكبر من زمن التأهيل وتكاليفه ولا يقود بشكل غير مباشر إلى إهمال مجالات أخرى مهمة من التأهيل كتدريب كفاءات تصرف أكثر مرونة والخبرة في أطر علاجية أخرى فحسب بل أنه يحتوي في الوقت نفسه على تلقين Indoctrination فاعل جداً على ما يبدو لتصورات التعديل، التي لا تصلح بالنسبة للعمل في الممارسة العلاجية الواقعية - الذي يتصف بفترة أقصر من العلاج وبمرضى ليسوا كلهم أكاديميين-. وإنه لمن المحتمل جداً أن الفاعلية غير المرضية للمعالجات التحليلية النفسية المختصرة يتعلق بالتأثيرات الضارة لهذا التلقين والقصور التعليمي المترافق معه في المجالات الأخرى. ومن ضمن التأثيرات السلبية المباشرة وغير المباشرة هذه للتحليل التعليمي ضمن أشياء أخرى: المبالغة في تقدير قيمة تفسيرات ورؤى محددة جداً في إدخال أو إحداث التعديلات العلاجية

Orlinsky, Grawe & Parks, in Press; Orlinsky & Haward,1989) (Sloane et ;al.,1975; Wallerstein, 1989

وبشكل خاص القيمة العلاجية لتفسيرات النقل (Strupp et al., in Press) (راجع الفصل الأخير لمزيد من التفاصيل حول ذلك)، و عدم التعرض الغالب لما قاله المريض بالفعل الآن (Sachse, 1929b) ، والصياغة المتكررة لتعابير المعالج التي تحتوي تفاعلياً على انتقادات للمريض - وهو تصرف يرتبط في المعالجات النفسية التحليلية سلباً مع النتائج العلاجية الجيدة (Henry,1992) - ونتائج المعالجين المقومين وفق معايير التحليل النفسي بأنهم أكفاء يحققون نتائج علاجية سيئة بشكل خاص (Svartberg & Stiles in Press). إن الافتراض بأن الرؤية المعمقة في الذات من خلال التحليل التعليمي تهيئ المحلل النفسي إلى حد ما من أجل كل نشاط علاجي يشبه وهماً سحرياً. وعلى ما يبدو فإن هذا الوهم المصان جماعياً يعمي عن النقص الواضح في التأهيل، الذي يقوم على القصور المذكور في الكفاءة وأنماط التفكير المشكلة. والأمر الذي ينم عن أوضاع ما قبل علمية في مجال العلاج النفسي، هو أنه مازال اجتياز سنوات عدة من العلاج التعليمي منتشراً ويعتبر شرطاً لازماً لابد منه للإجازة بممارسة المهنة كمعالج نفسي دون أن يكون هناك أي دليل قوي على أن المعالجين سوف يجرون بالفعل علاجات أفضل في المستقبل. وطالما ظلت القناعات اللاعقلانية

في تأهيل المعالجين النفسيين هي السائدة بدلاً من التقييم الموضوعي لنتائج محتويات التأهيل فلن تحقق ممارسة المعالجين أي مستوى مهني نوعي.

ولكن هذا النقد للتحليل التعليمي السائد حالياً لا يشكل أبداً دعوة ضد الخبرة الذاتية الشخصية كجزء من تأهيل المعالجين النفسيين، بل على العكس تماماً من المفيد جداً للمعالجين - وهذا ما تبرهنه نتائج الأبحاث- أن يمتلكوا مهارة التمكن من عكس reflected تأثير سلوكهم العلائقي الخاص وبناء أو ترتيب هذا السلوك العلائقي وفق وجهات النظر العلاجية النفسية في الوقت نفسه. ومن أجل هذا تبدو الخبرة الذاتية الشخصية في إطار بين إنساني ملائم مفيدة مثل الإشراف الذاتي القائم على ذلك على السلوك العلاجي الواقعي. ولكن وفق كل المعارف التعليمية ونتائج أبحاث العلاج النفسي فإنه لايمكن توقع مثل هذه التأثيرات بالذات من خبرات التعلم المقتصرة على الحد الأدنى من التفاعل البين إنساني كما هو الأمر في التحليل التعليمي على الأريكة.

وينبغي اشتقاق أهداف الخبرة الذاتية الشخصية من خلال فائدتها الفعلية بالنسبة لنوعية العلاج الذي يجريه المعالجون لاحقاً. ولا بد هنا من تحديد أهداف الخبرة الذاتية والأسلوب التعليمي وفق المسألتين الرئيسيين التاليتين: ما هي الكفاءات الشخصية المهمة ليتمكن المعالجون من القيام بمعالجات جيدة قدر الإمكان ؟ وكيف يمكن تنمية هذه الكفاءات بشكل فاعل قدر الإمكان إذا ما كانت بالأصل غير موجودة؟. وطبعاً يسري على الخبرة الذاتية الشخصية للمعالجين ما يسري على علاج المرضى: وينبغي تقييم الطرق وفق مدى قدرتها على إحداث التأثيرات المرجوة. ولا يوجد حتى الآن أية نتائج إمبيريقية تقريباً حول الارتباطات الفعلية بين نوعية نتائج العلاج النفسي والكفاءات الشخصية للمعالجين وبين طرق الخبرة الذاتية الشخصية وتأثيراتها الفعلية. ولكن التأهيل المنطقي و كفاءة المعالجين النفسيين لابد وأن يقوما على الارتباطات المبرهنة. ومن هذا المنظور فإن تأهيل المعالجين النفسيين في الوقت الراهن ما زال بعيداً جداً عن المعايير المهنية professional.

وصلنا هنا إلى مسألة الخبرات الذاتية الشخصية للمعالجين النفسيين ذلك أن التصورات حول ضرورة المعالجات الطويلة الناجمة عن الفهم العلاجي التحليلي النفسي ترتبط بجوهر تأهيل كثير من المعالجين النفسيين المتمثل في التحليل التعليمي. وبما أن مؤسسة التحليل التعليمي في إطار مسارات التأهيل التحليلي النفسي ما زالت تشكل حتى الآن محرماً Tabu لا يجوز مسه من أي عضو من طائفة التحليل النفسي من دون التهديد بالاستبعاد من هذه الطائفة فإن مسألة مدة العلاج المناسبة أو الضرورية بالنسبة لكثير من المعالجين النفسيين تعتبر موضوعاً ملائماً لإثارة انفعالات شديدة. غير أنه من ناحية أخرى فإن لمسألة مدةالعلاج تضمينات اقتصادية مباشرة بالنسبة للعلاج النفسي كمهنة ذات أهمية كبيرة - فالمدى الذي يتم استخدام العلاج النفسي فيه في النظام الصحي يتعلق

بشدة بتكاليف كل معالجة-، إلى درجة أنه لا يمكن مواصلة ترك هذه المسألة تتحدد من خلال قناعات غير منطقية. فمصلحة المجتمع تقتضي أن يستفيد من إمكانات العلاج النفسي بتكاليف ملائمة قدر الإمكان. ولهذا فسوف يتشكل في المستقبل إلى جانب الضغط الناجم عن النتائج العلمية ضغط اقتصادي متزايد نحو تجنب المعالجات الطويلة حسب الإمكان. وتوضح الارتباطات التي أظهرناها سابقاً أن هذا لن يظل دون تأثير على تأهيل المعالجين النفسيين والتصورات المتضمنة في ذلك حول أسلوب تأثير العلاج النفسي. ولحسن الحظ فإن حالة الاهتمامات الاجتماعية ومستوى النتائج العلمية تضغط في هذه الحالة بصورة متطابقة مع بعضها نحو تحول شامل للعلاج النفسي باتجاه المنطقية والمهنية Rationality and Professionally.

وفي الجانب الآخر لما تطرقنا إليه حتى الآن توجد بالنسبة للبحث اللاحق مسألة مهمة عليه توضيحها وتتعلق حول أنه ربما توجد بالفعل فوائد للمعالجة الطويلة الأمد من أجل تحقيق أهداف علاجية محددة بالنسبة لمجموعات معينة من المرضى . فنحن نعرف اليوم بأن المعالجة لأكثر من سنة غير لازمة لغالبية المرضى، ولكن هذا لا ينفي بأن مثل هذا العلاج لا يمكن في حالات معينة أن يكون لازماً من أجل مساعدة مريض ما بشكل فاعل. " فالعوامل الذاتية والموضوعية التي تحدد قرارات المريض والمعالج حول مدة وكثافة أو إنهاء ومواصلة العلاج قلما تم بحثها حتى الآن. والأصعب من ذلك هو الثغرة المعرفية حول علاقة الجهد العلاجي والتأثير العلاجي إذ يعد هذا أمراً حاسماً للإمداد العلاجي القابل منطقياً للتنظيم والتخطيط"(Kنchele & Kordy,1992,P. 523). ويوضح كل من كيشيله و كردي 1992 صفحة 524 من خلال مثال حسابي مدى أهمية أخذ العلاقة بين الفائدة والجهد بالنسبة لمسألة مدة العلاج بعين الاعتبار: يتطلب التحليل النفسي لمدة خمس سنوات بمعدل أربع جلسات أسبوعياً الجهد نفسه الذي يبذل في معالجة 40 مريض لنصف سنة مؤلفة من 26 جلسة علاجية. وقد أظهرت نتائج الدراسات حتى الآن أن المرضى الذين يعانون من بشكل خاص اضطرابات طفيفة يمكنهم أن يستفيدوا من العلاج النفسي الطويل الأمد. ولو أردنا من ذلك استنتاج أنه بالنسبة للناس الذين يعانون من اضطرابات طفيفة ينبغي استهلاك جهد كبير يمكن خلاله معالجة 40 مريضاً باضطراب شديد لكان ذلك أمراً غير منطقي. كما وأن الدرجة الطفيفة من الاضطراب قلما تصلح لأن تكون مبرراً ثابتاً لإجراء علاج طويل مستهلك للجهد. إن مثل هذه المعالجات يفترض أن تكون للمرضى الذين أثبت أن العلاج القصير الأمد لا يستطيع أن يساعدهم بشكل كاف. ومن واجب البحث المستقبلي إيضاح من المرضى الذين ربما يكونون معنيين بذلك و اختبار من خلال أي نوع من العلاج طويل الأمد يمكن مساعدتهم في مقتضى الحال. ومن هنا يبدو أمر إجراء معالجات طويلة لأغراض البحث وتحت شروط مضبوطة بشكل جيد مبرر ، غير أنه لابد من التركيز هنا على أولئك المرضى الذين برهن لديهم عدم التمكن من مساعدتهم بمعالجات قصيرة

أما بالنسبة للممارسة العلاجية الروتينية فإنه يبدو أن المعالجات طويلة الأمد التي تستمر لأكثر من سنة غير مبررة إلا في الحالات الاستثنائية فقط. فإذا لم يحقق علاج معين بعد سنة من العلاج أي تحسن بعد عند مريض ما فلا بد عندئذ من استخدام أسلوب آخر كلية معه وربما في إطار مختلف كلية. ينبغي إذاً تغيير العلاج وليس تطويله ضمن نفس العلاج. ومثل هذا التطويل لا يبدو مبرراً إلا عندما يتوصل عدد من المعالجين من اتجاهات علاجية مختلفة وكفاءات مختلفة بشكل متطابق إلى وجهة النظر القائلة أنه في هذه الحالة ولأسباب معينة من المفيد مواصلة العلاج نفسه. غير أنه من المتوقع أن مثل هذه الاستشارات كثيراً ما ستقود إلى القرار بمحاولة نوع آخر كلية من العلاج بدلاً من مواصلة العلاج نفسه. وعلى أية حال فإن وضع البحث الراهن لا يقدم أي تبرير متخصص للإجراء المتكرر للمعالجات الطويلة. وهناك حيث يكثر إجراء مثل هذا النوع من المعالجات لابد لنا وأن نبحث عن الأسباب لدى المعالجين أكثر من المرضى.

2.2. الإطــــــار العلاجـــــي

حققت تأثيرات إيجابية للعلاج النفسي في أطر علاجية مختلفة جداً: علاج مركزي وخارجي، من خلال جلسات مجمعة وموزعة زمنياً، ومن خلال جلسات في غرفة علاجية خاصة و "جلسات" في محيط موقفي آخر مصمم أو مختار لهذا الغرض وفي أطر بين إنسانية مختلفة. وتعبر حقيقة أنه يمكن تحقيق التعديلات الملائمة ضمن شروط مختلفة عن طيف واسع من الإمكانات العلاجية. وهذه الحقيقة تؤيد بدورها أنه ينبغي للعلاج النفسي ألا يقتصر على إطار وحيد معين فقط. فمن يجري دائماً معالجات فردية بتكرار معين من الجلسات ولمدة زمنية محددة على سبيل المثال فإنه لا يستفيد من طيف الإمكانات العلاجية من أجل مرضاه. فاختيار الإطار العلاجي الأمثل بالنسبة لمريض معين قبل بدء العلاج وفي مجراه يعتبر من أهم قرارات الفاعلية.

وهناك عدد كبير من الدلائل التي تشير إلى أن الصعوبات التي يواجهها مريض ما مريض ما يمكن معالجتها بالشكل الأفضل في الإطار الذي تتجدد أو تحدث أو تثار فيه هذه الاضطرابات. مثال: علاج اضطرابات الزوجين في إطار يضم الزوجين معاً ؛ والمشكلات التي يعتقد بأن أعضاء الأسرة لهم علاقة بها في إطار يضم أهم أفراد الأسرة للعلاج؛ الصعوبات البين إنسانية المعممة تعالج ضمن العلاج في المجموعة[6]؛ والصعوبات في مواقف محددة جداً كقسر الغسيل أو خوف المكان..الخ من خلال اللجوء إلى الأماكن التي يظهر فيها هذا النوع من الصعوبات...الخ. كما ويمكن تجديد ومعالجة غالبية مشكلات العلاقة لمريض ما في مواقف علاجية فردية من خلال العلاقة بالمتعالج. ويتحدث المحللون النفسيون في هذا السياق عن "النقل". وعلى الرغم من عدم وجود الكثير من الدلائل حتى الآن ، إلا أن الدلائل الأولى القاطعة تشير إلى أنه يمكن لاستخدام "حدث النقل" أن يكون مثمراً من أجل إحداث تعديلات مهمة

(Silberschatz & Curitis,1986; Silberschatz, Curitis&Nathans,1989)

غير أن "النقل" في المواقف الثنائية للعلاج الفردي لا يشكل إلا حالة خاصة لظاهرة أعم بكثير.ولا يرتبط المرضى فحسب بل الناس بشكل عام مع محيطهم وفق تصويراتهم القائمة (Grawe,1986). ومن هذا المنظور فإن النقل ظاهرة كلية أو شائعة: فالمرء لا يستطيع ألا ينقل. وهذا ينطبق أيضاً على التصويرات العلائقية لإنسان ما. فهي لا تحدد سلوكه وخبرته في العلاقات القائمة أصلاً فحسب (وهي لهذا السبب تتجدد في هذه العلاقات -وهذا هو الأساس للعلاج الزوجي والأسري)، بل أنها تحدد أيضاً كيفية إقامته للعلاقة بشريك تفاعل جديد، مثلاً مع المتعالج في إطار العلاج الفردي أو مع المعالج وأفراد المجموعة الآخرين في العلاج في المجموعة. ومن هنا فإن العلاج في المجموعة يتيح إمكانات نقل أو تجديد أوسع من العلاج الفردي وهو من هذه الناحية وكما استنتجنا من نتائجنا بالنسبة لمجموعة كاملة من طرق العلاج المختلفة، أكثر ملاءمة من أجل إحداث التعديلات في الخبرة والسلوك البين إنساني. وينطبق المبدأ نفسه على المواقف غير البين إنسانية. فعندما يقود المرء المريض إلى الموقف الذي تتجدد فيه على الواقع تصويراته ذات العلاقة بالمشكلة فإنه يمكن تعديلها بفاعلية. ويبدو أنه يمكن تفسير الفاعلية التي أمكن إيجادها بشكل خاص للطرائق العلاجية الاستعرافية السلوكية في جزء كبير منها من خلال اللجوء الهادف إلى المواقف التي تتجدد فيها مشكلات المريض مباشرة. والمعالجون المستعدون لتحريك أستائهم عن كراسيهم من أجل بناء " نقل" ملائم أو تجديد المشكلة، تتوفر لهم أداة تعديل أوسع بكثير جداً من المعالجين الذين يقتصرون كلية على الموقف الثنائي في غرفة العلاج. فتجديد المشكلات actualize of problems عند المريض لا يتطلب بالضرورة دائماً الوجود المباشر للمعالج وإنما يمكن تحقيقها من خلال ما يسمى "بالوظائف البيتية". وتشكل المعالجات التي تعمل بشكل أساسي وفق هذا المبدأ مثالاً على ذلك (راجع تقرير نتائجنا حول هذا الموضوع في مكان آخر).

ويعد الاختيار الواعي لإطار علاجي ملائم بشكل خاص لتجديد تصويرات المريض المهمة بالنسبة للمشكلة من أهم الوسائل التي يستطيع المعالج امتلاكها من أجل أن يقدم لمرضاه مساعدة فاعلة قدر الإمكان. والمعالجون الذين يتخلون عن مثل هذا الاختيار من خلال عملهم دائماً ضمن الإطار نفسه يضيعون في الواقع واحدة من الوسائل الفاعلة التي يمتلكها المعالج النفسي عموماً. وللأسف فإن ذلك لا يشكل الاستثناء هنا بل القاعدة. ويرجع سبب ذلك ثانية إلى التأهيلات العلاجية المتضيقة التي هي أقرب للقاعدة منها للاستثناء. فمن لم يتعلم العمل في أطر علاجية متنوعة واستخدام الخصوصيات المتعلقة بالأطر فسوف يشعر بعدم الثقة في الأطر الأخرى غير التي اعتاد عليها ويتجنب هذه الأطر وسوف يجد بالتأكيد تبريراً ملائماً لذلك. غير أن نتائج الأبحاث الإمبيريقية تتحدث بلغة واضحة قائلة: إن الاقتصار على إطار واحد محدد أمر غير منطقي ويعني

التخلي عن واحدة من الإمكانات العلاجية الجوهرية. وهنا ينطبق ما قيل حول مدة العلاج: إن البحث عن أسباب مثل هذا النوع من الاختيار أو القرارات لا يكمن في المرضى ذاتهم وإنما في المعالجين.

ولا يرجع السبب في ضرورة اختيار الإطار العلاجي الملائم بشكل خاص إلى وجهة نظر تحديد المشكلة فقط. فالإطار لا يشكل كثيراً أو قليلاً الوسيلة المناسبة لإحداث التعديلات المرغوبة فحسب، بل هو في الوقت نفسه الأساس الذي تقوم عليه عملية التعديل. فعلى الإطار أن يحقق وينمي الشروط التي تدعم المريض في مساعيه نحو التعديل. ومنه مثلاً " الرابطة العلاجية therapeutic alliance " أو رابطة العمل في العلاج الفردي، و التماسك cohesion الجماعي في مجموعة علاجية واستغلال الاحتياطات الإيجابية للأسرة وحماية الإقامة المركزية في المستشفى...الخ. فالإطار العلاجي لا يمتلك وظيفة علاجية من منظور تحديد المشكلة فحسب وإنما له وظيفة على الدرجة نفسها من الأهمية من منظور الدعم. وفيما يتعلق بالعلاج الفردي فقد أُثبتت أهمية نوعية العلاقة العلاجية بالنسبة لنتيجة العلاج بشكل قاطع لاشك فيه بالنسبة لأشكال علاجية مختلفة جداً (Orlinsky, Grawe & Parks in Press). ويمكن اعتبارها واحدة من أفضل عوامل التأثير بالنسبة للعلاج النفسي المؤكدة إمبيريقياً. والتأهيلات العلاجية التي لا تتضمن أي تدريب منهجي للمعالجين على بناء علاقة علاجية جيدة والحفاظ عليها وفق التعريفات أو التحديدات المختبرة إمبيريقياً، لا يمكنها أن تدعي أنها تقوم على أساس علمي متين. إذ أن عدم مراعاة عامل التأثير هذا لا يمكن أن تتطابق أو تتفق مع الواجب العلمي لتلقف المعرفة الموثوقة في تخصص ما.

كما وتوجد بالنسبة للعلاج في المجموعة كثير من النتائج المؤكدة حول الشروط " الأداتية" الخاصة بالأطر من أجل تحقيق نتيجة علاجية جيدة (Grawe,1980a; Dziewas,1980;Orlinsky et al. in Press) إلى درجة أن عدم مراعاة عامل التأثير المتعلق بالإطار هذا (أي التماسك الجماعي والثقة وموقف العمل) من خلال المعالجين العاملين في المجموعة يعتبر خطأً فنياً. والإطار العلاجي في المجموعة لا يلائم معالجة المشكلات البين إنسانية فحسب. ففي عدد كبير من نتائج الدراسات التي قمنا بتحليلها تم إجراء معالجات في المجموعة حتى لو لم يكن الأمر يعلق بمشكلات بين إنسانية. فقد كانت التأثيرات العلاجية في العادة في الجودة نفسها على الأقل التي كانت في الأطر العلاجية الفردية. وهذا يؤيد أن الإطار الجمعي يحتوي على عوامل دعم (راجع حول هذا الموضوع Yalom,1974) تتجاوز عوامل الدعم الموجودة في المعالجات الفردية وتعوض المراعاة الأفضل التي يمكن أن تولى إلى مشكلات الإنسان الفرد. وعلى أية حال ومن منظور القدرة العلاجية فإنه لابد من وضع الإطار العلاجي في المجموعة على الدرجة نفسها مع الإطار العلاجي الفردي على أقل تقدير،

حتى عندما لا يتعلق الأمر بالمشكلات البين إنسانية. مع العلم أن الإطار العلاجي الجمعي يصعب تشكيله لأن الإنسان يحتاج من أجل هذا التشكيل عدد يكمل بعضه من المرضى. ولكن بالنسبة للمرضى الذين يرغب المرء إحداث تعديلات في المجال البين إنساني لديهم فلا بد من تفضيل الإطار العلاجي الجمعي في كل الأحوال. فقد وجدنا بشكل متكرر بالنسبة لأشكال مختلفة من العلاج أن المعالجة في المجموعة تحدث تعديلات أكثر في المجال البين إنساني من المعالجات الفردية.

أما بالنسبة للعلاج الزوجي والأسري فإن عوامل التأثير المتعلقة بالإطار غير مؤكدة كثيراً حتى الآن من الناحية التجريبية، ولكن توجد هنا كذلك دلائل على النوعية الخاصة بالإطار على مستوى المنظومة التي تعد مهمة من أجل تحقيق نتيجة طيبة في العلاج.

ومن هنا ينبغي للقرار حول الإطار العلاجي الملائم بالنسبة لمريض ما أن يوزن من وجهة نظر تحديد المشكلة من جهة، ومن منظور نوع الإطار الذي يحقق للمريض ظروف دعم ملائمة من جهة أخرى. ولكن ذلك لا يكون دائماً ضمن سلطة المعالج والمريض وحدهما وعلى الأخص في الأطر متعددة الأشخاص. فعندما يمتنع أفراد الأسرة عن التعاون في العلاج الزوجي أو الأسري عن التعاون أو عندما لا يسمح التشكيل غير الملائم للمجموعة العلاجية بتنمية ظروف المجموعة فإنه يفضل في بعض الأحيان اتخاذ القرار باللجوء للإطار الفردي الأفضل من ناحية قابليته للضبط حتى ولو بدا من منظور تحديد المشكلة أن إطار آخر ربما يكون أكثر مثالية.

وتؤيد النتائج الإمبيريقية أنه على المعالجين عند اتخاذهم قرار الفاعلية أو التأثير indication والعلاج أن يأخذوا بعين الاعتبار إمكانية الأطر العلاجية المتنوعة وأن يكونوا أنفسهم متمكنين حسب الإمكان من امتلاك كفاءة العمل في أطر متعددة. عندئذ فقط يمكنهم أن يقدموا عرضاً متناسباً مع المشكلات الخاصة للمريض وشروطه بشكل أمثل. وعندما يعالج المرضى دائماً ضمن الأطر التي وجدوا أنفسهم فيها بطريقة أو بأخرى والتي يفضلها المعالج بالذات فإنهم يعالجون في المتوسط بصورة أسوأ مما هو ممكن بالفعل.

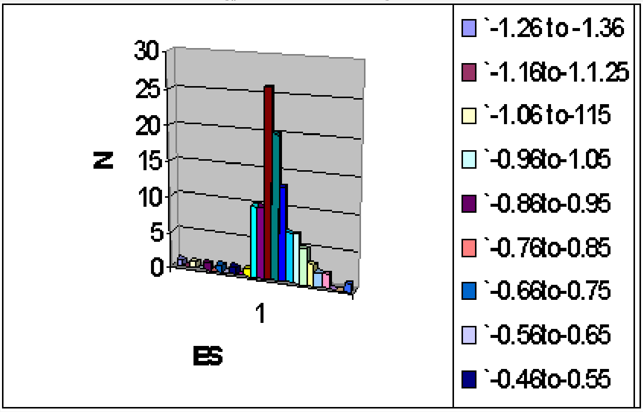
3.2. نوعيــــــة التأثيـــــــر

ينتشر الشك إلى مدى واسع بالتأثير النوعي لطرق المعالجة النفسية. وأكثر الشكوك تدور حول أن التأثير القابل للبرهان للعلاج النفسي عموماً لا يتجاوز تأثير الشفاء العفوي. وللنقاش حول هذه المسألة قصة طويلة لا نرغب هنا بتكرارها (راجع Grawe,1992a). وسنقتصر هنا على الإجابة التي تقدمها نتائجنا حول هذه المسألة.

أظهرت نتائجنا وجود المئات من الدراسات العلاجية التي قارنت التعديلات في المجموعات العلاجية النفسية مع التعديلات الحاصلة في مجموعات ضابطة. ومن هنا توجد المئات من العينات الضابطة تم فيها إجراء قياسات دقيقة للتعديلات التي تظهر لدى المرضى نفسياً من دون أن تجرى لهم معالجات نفسية خاصة. وتمكن قياسات التعديلات هذه من حيث المبدأ من تقديم إجابة مباشرة عن مسألة المقدار المقارن للشفاء العفوي وتأثيرات العلاج النفسي. غير أن العينات الضابطة المتضمنة في الدراسات المتفرقة تختلف عن بعضها بشدة في التحديد الدقيق لشروط الضبط. فبعض شروط الضبط مكونة من "معالجة روتينية" غير محددة بدقة وأخرى من شروط " انتباه - وهمية Placebo" محددة بدقة مكونة من محادثات نوعية مكثفة، وبعضها الآخر من "علاج كتابيBibiotherapy " ...الخ. وتتضمن العينات الضابطة من هذا النوع شكلاً من العناصر العلاجية، حدا الفاحصون على أنها غير نوعية و يفترض فيها أن تختلف عن أشكال العلاج النوعية في مجموعات المعالجة المعنية. ومن هنا يمكن للتعديلات التي تظهر في مثل هذا النوع من الدراسات الضابطة أن تحتوي على أكثر من مجرد الشفاء العفوي. أما مقدار التعديلات العفوية بالفعل والتي تظهر دون أي تأثير منهجي فلا يمكن استخلاصه فعلاً إلا من خلال مجموعات ضابطة غير معالجة.

ومن أجل تقدير مقدار التعديلات العفوية التي تظهر لدى مرضى مضطربين نفسياً خلال المدة التي يحصل فيها مرضى آخرون قابلون للمقارنة، على علاج نفسي، فسوف نختار من مجموع الشروط الضابطة تلك التي لم يتلق فيها المرضى فعلاً أي علاج على الإطلاق. ومن أجل هذه التعديلات قمنا بحساب شدة.

الشكل 1: توزع شدة التأثير (ES) التي وجدت بالنسبة ل 111 مجموعة ضابطة غير معالجة



من دراسات علاجية مضبوطة. على المحور الأفقي فئات شدة التأثير. وتعني قيمة ES البالغة 0 أنه

لا يوجد تعديلات، أما القيم الإيجابية فتعني حدوث تحسن والسلبية حدوث سوء.تم حساب شدة التأثير الوسطى

لكل إطارضابط من خلال كل القيم التي تم الحصول عليها في هذا الإطار الضابط. وعلى

محور العينات (N) نجد تكرارات ارتفاع شدة التأثير.

محور العينات نجد تكرارات ارتفاع شدة التأثير

التأثير وفق الطريقة نفسها من الحساب التي استخدمناها لحساب التغيرات القبلية و البعدية في دراسات العلاج المقارنة. وقد تم حساب شدة التأثير المتوسطة من خلال كل المتغيرات المدروسة لكل شرط من شروط الضبط غير المعالج. وقد تمكنا من القيام بالحسابات ل 111 عينة ضابطة غير معالجة. ويظهر الشكل (1) توزع شدة التأثير التي وجدناها.

كانت غالبية شدة التأثير واقعة بين الصفر و أكثر من ذلك بقليل. وبلغت شدة التأثير المتوسطة لكل أل 111 مجموعة ضابطة 0,10. فمقدار التعديلات العفوية إذاً في المقاييس التي استخدمت في العلاج النفسي لقياس شدة التأثير كانت خلال الفترات التي امتدت فيها المعالجات النفسية المدروسة ضئيلة جداً. وبالمقارنة تجاوزت شدة التأثير الوسطى في شروط العلاج النفسي بالمحادثة وبالتحليل النفسي والسلوكي والأسري المدروسة في الدراسات العلاجية في كل قياسات التعديل القيم المحددة وبلغت 1,12. إذاً فتأثير معالجات الاتجاهات العلاجية الكبرى تتجاوز بوضوح شديد مقدار الشفاء العفوي. وبالتالي يمكن اعتبار الشك العام حول أن يكون العلاج النفسي مؤثراً عموماً مدحوضاً بوضوح. فالمرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية من أنواع مختلفة يصبحون بعد بضعة أشهر إذا ما حصلوا على العلاج النفسي خلال هذه الفترة في حالة أفضل مما لو لم يحصلوا عليه وهذا التأثير يعزى إلى التدخل النفسي.

ويستند نوع آخر من الشك لا إلى فاعلية العلاج النفسي بحد ذاتها وإنما إلى مسألة فيما إمكانية اعتبار التعديلات الحاصلة في العلاج النفسي تأثيرات خاصة بطريقة العلاج المعنية. إذ يمكن كذلك أن ترجع التعديلات إلى عوامل تأثير تشترك فيها أشكال العلاج النفسي المختلفة كلها وتلعب كذلك دوراً في العلاجات الشفائية الأخرى. وقد أظهر توري (Torry,1972) على سبيل المثال تشابهات بين العلاج النفسي الغربي وممارسات رجال الطب و الشامان والغورو في ثقافات أخرى. فمثل هذه الأساليب من المساعدة عامة أو " غير خاصة أو غير نوعية" لأنها تشترك جميعها بعوامل تأثير على نحو إقامة منظومة تفسير مشتركة لأسباب الصعوبات التي يعاني منها المريض؛ و القناعة المنبعثة أو (

التي يبثها) الشافي في قدرته على المساعدة ؛ و توقعات المريض في الحصول على مساعدة فاعلة؛ واستخدام تقنيات معينة على سبيل المثال. ولكن بالنسبة للعلاج النفسي يتم التأكيد بشكل خاص على أهمية عامل التأثير الذي يعرض على المريض علاقة يعيش فيها الاهتمام بشخصه وبمشكلاته(Schapiro,1971:Frank,1971) . وهذه العوامل تؤثر في كل نوع من أنواع العلاج النفسي وبالتالي لا يمكن اعتبارها عوامل تأثير خاصة بأسلوب علاجي معين. وهناك أنواع مختلفة كثيرة حول الكيفية التي يمكن فيها جعل هذه العوامل مؤثرة في الحالة الفردية. ومن أجل التأثير فإن العامل الأساس هنا هو تقديمه للمريض بطريقة مقنعة وممكنة. ومن هنا فإنه يمكن للأشكال العلاجية المختلفة أن تمثل ببساطة أشكالاً مختلفة من أجل جعل هذه العوامل المشتركة فيما بينها من التأثير فاعلة. عندئذ يتم عزو التأثيرات المستنتجة بصورة خاطئة إلى الإجراء العلاجي الخاص. وتتمثل إحدى متغيرات الشك بخصوصية تأثير الطرق العلاجية النفسية والمنتشرة بشكل واسع حتى لدى المعالجين النفسيين أنفسهم في أن تأثير علاج ما يعود إلى شخص المعالج بالدرجة الأولى وليس إلى التقنية المستخدمة.

هذا وقد حظي تفسير فاعلية العلاج كتأثيرات غير نوعية لعوامل التأثير برواج كبير من خلال دراسات مثل الدراسات التي أجراها شتروب و هيلدي (1979) التي حقق فيها معالجون غير حقيقيين التأثيرات العلاجية نفسها التي حققها معالجون نفسيون مؤهلون ومن خلال منشورات زعم فيها عدم وجود فروق في تأثير الأشكال العلاجية المختلفة كدراسات لوبورسكي وزينغر ولوبورسكي (1975).

فما الذي يمكن قوله على أساس من مستوى المعرفة الراهن حول مسألة خصوصية أو عدم خصوصية التأثيرات العلاجية النفسية؟

إن الإجابة عن هذا السؤال قد تبدو هشة للوهلة الأولى، إذ أنها لن تكون " إما-أو"، وإنما ستكون " سواء -أم". وفي الواقع فإن الإجابة واضحة جداً: فكيفية تأثير علاج نفسي ما، سواء من حيث النوعية أم الكيفية، تتعلق بشدة بالإجراء العلاجي الخاص. ونسبياً حتى أقل التعديلات في الإجراء تقود إلى تأثيرات مختلفة بوضوح. وسوف نقدم فيما يلي براهين على خصوصية التأثير هذه.

و يتضمن كل موقف علاجي نفسي بحد ذاته من ناحية أخرى عناصر تحدث في العادة نوعاً من التعديلات في جانب المريض، حتى وعندما لا يتم من جانب المعالج اتباع تصور علاجي محدد، يحاول تحقيق عوامل تأثير أكثر خصوصية من عوامل التأثير العامة المذكورة أعلاه. وقد أطلق شابيرو (1971) على هذه التأثيرات واستناداً إلى أبحاث العلاج الدوائي تسمية التأثيرات الوهمية Placebo-effects. ولنترك جانباً مسألة فيما إذا كان المرء يعتبر كل العوامل غير النوعية أو غير الخاصة وهمية.

والحقيقة أنه قد تم استنتاج وجود تعديلات في المجموعات المسماة بمجموعات الضبط الوهميةPlacebo-controlgroups التي تم فيها جعل هذه العوامل غير النوعية مؤثرة أكثر بوضوح مما هو الأمر عليه في مجموعات ضابطة غير معالجة. إذاً لا يمكن اعتبار التعديلات التي تظهر أثناء معالجة نفسية ما في كليتها تأثيرات نوعية لطريقة أو طرق العلاج المعنية المستخدمة. فجزء كبير أو قليل من التعديلات يرجع إلى التعديلات التي يمكن أن تظهر حتى من دون علاج- ويمكن اعتبار التأثيرات القادمة من ظروف الحياة الطبيعية والتعديلات العفوية للمريض "التقنية القياسية" كالانحدار الطبيعي والإحصائي سبباً لذلك-، وهذه التعديلات هي جزء آخر من التأثيرات غير الخاصة المرتبطة مع كل موقف علاجي. أما مدى حجم هذه الأجزاء من التغير الكلي الذي تم إيجاده بالنسبة للمجموعات العلاجية النفسية ومدى حجم التأثير الخاص للطريقة العلاجية المعنية فلم نستطع استنتاجه بشكل مباشر إلاّ عندما كان مخطط التجربة يتضمن شروطاً ضابطة من البلاسيبو. ولحسن الحظ فقد توفر ذلك في عدد كبير جداً من الدراسات التي قمنا بتحليلها، وتؤيد نتائج المقارنات بين مجموعات المعالجة النفسية وشروط البلاسيبو الضابطة بوضوح أن فاعلية كثير من أساليب العلاج النفسي تتجاوز إلى حد كبير موضوع التأثيرات غير النوعية. فهناك إذاً تأثيرات خاصة لطرق العلاج منفردة.

أما إلى أي مدى تتجاوز التأثيرات الخاصة للطرق العلاجية النفسية مسألة التأثيرات غير الخاصة أو غير النوعية فذلك يصعب تكميمه بصورة عامة. إذ أن ذلك لا يتعلق بفاعلية طرق العلاج المدروسة فقط _ إذ أننا قد وجدنا أن فاعلية طرق العلاج النفسي تختلف فيما بينها بشكل دال- وإنما بالطريقة التي أدى فيها الأمر إلى ظهور تأثير في مجموعات البلاسيبو الضابطة. ففي دراسة شتروب و هيدلي (Strupp & Hadley, 1979) مثلاً، التي أجرى فيها أساتذة جنونون جلسات علاجية دون تأهيل علاجي شكلي تعتبر عوامل التأثير غير النوعية في مثل شروط البلاسيبو الضابطة تلك محققة بطريقة أقرب إلى أن تكون مثلى، وبعض من هؤلاء كانوا يبدون تأثيرات غير نوعية، كالاهتمام اللطيف أكثر مما هو الأمر عليه لدى بعض المعالجين النفسيين المؤهلين. أما عندما كانت تجرى مع مرضى مجموعات البلاسيبو الضابطة نقاشات جماعية ما غير متعلقة بمشكلاتهم فإنه قلما يمكننا توقع تأثيرات علاجية "غير نوعية" بالمقدار نفسه. وفي غالبية الدراسات التي تم فيها تحقيق شروط مجموعات البلاسيبو الضابطة كانت تأثيرات هذه الشروط واقعة بين التعديلات الحاصلة لدى مرضى مجموعات الضبط غير المعالجة والتعديلات الحاصلة لدى مرضى مجموعات العلاج النفسي وكانت الفروق أحياناً مميزة بصورة دالة وفي أحيان أخرى غير دالة عن المجموعة الأولى أو الثانية. فإذا ما تم تحقيق عوامل التأثير غير النوعية في مجموعة بلاسيبو ضابطة بشكل جيد جداً و تمت بعد ذلك مقارنة تأثيراتها مع تأثيرات أشكال علاجية غير فاعلة كثيراً، فإننا نرى بأنه لا يوجد بالفعل أي فرق متوسط مهم من التأثير بين العلاج النفسي النوعي وشروط البلاسيبو، كما هو الأمر

في المقارنة بين المحللين النفسيين والمعالجين المستعارين في دراسة شتروب وهيدلي (1979). وعلى أية حلال لا يجوز لنا استخلاص استنتاجات مفرطة التعميم من نتائج مثل هذه المقارنات. ففي دراسات شتروب وهيدلي كان المقدار المطلق للتعديلات في مجموعة العلاج بالمعالجة التحليلية النفسية المختصرة قليل بصورة ملفتة للنظر، وهي نتيجة تم برهانها لاحقاً بالنسبة لأشكال أخرى من المعالجات التحليلية المختصرة أيضاً. إذاً فقد تمت مقارنة معالجة نفسية خاصة أو نوعية ذات فاعلية أقرب للضئيلة مع تحقيق أمثل لعوامل تأثير غير نوعية.

إن الشك الذي أبديناه المحمل به تكميم الحجم النسبي للتأثيرات العلاجية النوعية وتأثيرات البلاسيبو غير النوعية تجلت أيضاً في التحليلات البعدية الكمية التي تم إجراؤها لهذا الغرض. فقد وجد كل من بريولاو موردوخ وبرودي(Prioleau, Murdoch & Brody,1983) على أساس من 40 دراسة تضمنت في برنامج الدراسة مجموعات معالجة حقيقية و مجموعات بلاسيبو ضابطة، شدة تأثير أكبر تبلغ في المتوسط 0,42 بالنسبة لمجموعات المعالجة الحقيقة مقابل مجموعات البلاسيبو الضابطة. وفي التحليل البعدي لشابيرو وشابيرو (1983) تراوحت فروقات شدة التأثير المطابقة بالنسبة للخمس وثلاثين دراسة بين 0,61 و 1,59. وفي كلا التحليلين البعديين كانت معالجات من مختلف الاتجاهات ممثلة في مجموعات المعالجة الحقيقية. وبالنسبة للمعالجات السلوكية فقط قام كل من باويرز و كلوم (Bowers & Clum,1988) بإجراء تقدير مقارن للفاعلية النوعية وغير النوعية للعلاج على أساس من حساب شدة التأثير لمجموعات علاجية حقيقية ومجموعات بلاسيبو ضابطة ومجموعات ضابطة غير معالجة. وقد استندت حساباتهما إلى 69 دراسة. وبلغت شدة التأثير المتوسطة بالنسبة لمجموعات البلاسيبو الضابطة أعلى بحوالي 0,21 مما هو الأمر عليه بالنسبة للمجموعات الضابطة أما شدة التأثير بالنسبة لمجموعات المعالجة الحقيقية فقد بلغت 0,76. وبالتالي فقد كان الفارق بين مجموعات المعالجة الحقيقية ومجموعات البلاسيبو الضابطة والذي فسره الباحثون بأنه أثر علاجي خاص للطرق العلاجية السلوكية المدروسة أعلى بمقدار 0,55، أي أكثر من الضعف، من الفرق بين مجموعات البلاسيبو الضابطة و مجموعات الضبط غير المعالجة، والذي اعتبره الباحثون مؤشراً أو معياراً للتأثير غير النوعي. وتؤيد هذه التحليلات البعدية بشكل عام وجود تأثيرات علاجية نوعية أو خاصة وإن كانت الفروق في شدات التأثير المحسوبة كبيرة بشكل مضلل وتشير بوضوح إلى الضرورة التي بررناها أعلاه والمتعلقة بلزوم التمييز بين شروط البلاسيبو و الأنواع المختلفة للمعالجات.

أما فيما يخص الجانب المضموني من النقاش حول أهمية عوامل التأثير " غير النوعية" فعلينا أن نتجنب الاستنتاج الخاطئ والقائل أن عوامل التأثير موجودة إلى حد ما ومن هنا فالمعالج لا يحتاج إلى الاهتمام بها بصورة خاصة.

إن المقصود "بغير نوعي" أن هذه العوامل تلعب دوراً في كل نوع من أنواع العلاج النفسي ليس إلا، أي أنها ليست خاصة بنظرية علاجية معينة. غير أنه يمكن استخدام عوامل التأثير هذه بشكل فاعل جداً أو سيئ جداً من قبل المعالج مع كل ما ينجم عن ذلك من تأثيرات على نتيجة العلاج طبقاً لشكل الاستخدام. فالمعالج الذي يقدم لمتعالجه نموذج تفسير لا يقنعه بسبب تصورات المريض التي أحضرها معه أو أنه لا يفهمه، والذي (أي المعالج) يبدو للمريض بأنه غير واثق ولا يوقظ من خلال جوه الكلي وإجراءاته أية توقعات في النجاح والذي لا يجعل المتعالجين يحسون بالاهتمام الشخصي الكبير بالنسبة لهذه التوقعات، فإنه سوف يستغل عوامل التأثير غير النوعية بصورة سلبية ولا يمتلك بناء على ذلك فرصة كبيرة من أجل جعل أية عوامل تأثير نوعية ما فاعلة بشكل إيجابي. فالتحقيق الملموس للعوامل "غير النوعية" يؤثر بشكل نوعي جداً على نتيجة العلاج. ومن هنا ينبغي لكل تأهيل علاجي أن يوليها اهتماماً كبيراً. وعلى المعالج أن يحصل على وعي واضح للأهمية الملموسة لعوامل التأثير هذه في كل معالجة من معالجاته وأن يتعلم استغلالها بشكل جيد قدر الإمكان بصورة متوافقة مع كل مريض فرد. فالمعالج النفسي الذي يقدم لكل مريض من مرضاه نموذج التفسير نفسه، سوف لن يستغل عوامل التأثير هذه بشكل جيد لدى كثير من مرضاه ذلك أن نموذج التفسير نفسه لا يمكن أن يكون مقنعاً لكل المرضى بالدرجة نفسها. وحول هذا يمتلك المعالج التنويمي ميلتون إيريكسون Milton Erickson رؤية واضحة بشكل خاص والتي يمكن اعتبارها بالتحديد مهارة Virtuosi في الاستخدام النوعي لعوامل التأثير "غير النوعية" هذه.

فما يسمى عوامل التأثير غير النوعية هي كل شيء في تأثيراتها على نتائج العلاج عدا عن أن تكون غير نوعية. وتتجلى خصوصيتها مقابل ما يسمى بعوامل التأثير النوعية في أنها تلعب دوراً في كل علاج نفسي، بغض النظر عما إذا كان المعالج يهتم بها بشكل واضح أم لا. ومن هنا فهي تؤثر على نتائج العلاج في كل علاج نفسي. والموضوع في حقيقة الأمر أقرب لأن يتعلق بعوامل تأثير عامة للعلاج النفسي أكثر من كونها عوامل تأثير غير نوعية. ويعتبر استخدامها مهمة خاصة جداً أو نوعية جداً لكل واحد من المعالجين النفسيين، يستطيع إنجازها بشكل أفضل أو أسوأ من غيره. وكذلك لا يمكن اعتبار تأثيرات هذه العوامل بأنها غير نوعية بأي شكل من الأشكال. فلدى نفس المريض يمكن أن تستخدم عوامل التأثير هذه من هذا المعالج بهذه الصورة ومن ذاك المعالج بصورة أخرى مختلفة كلية وهذا سوف ينعكس بمطلق الاحتمال على الفروق في فاعليات العلاج.

ومسألة أن تأثيرات العلاج تتعلق بالأسلوب العلاجي الملموس تسري بمطلق الاحتمال على ما يسمى بعوامل التأثير غير النوعية بالدرجة نفسها التي تسري فيها على العوامل النوعية. ومن هنا ففي الأسلوب العلاجي تكون عوامل التأثير هذه المفصولة مفاهيمياً غير منفصلة في الواقع، وإنما يتم في الواقع إحداث تأثير

العوامل غير النوعية عبر الأسلوب الملموس، الذي يتحدد من جهته بفرضيات التأثير النوعية للمعالج. وتؤثر فرضيات التأثير النوعية للمعالج بشدة على الكيفية التي يستخدم فيها المعالج عوامل التأثير غير النوعية.إذاً فمن الخطأ تصور تأثير ما يسمى بعوامل التأثير غير النوعية وعوامل التأثير النوعية بشكل جمعي additive. فعلى مستوى الأسلوب العلاجي الملموس تجري عوامل التأثير هذه متداخلة في بعضها البعض. وعلى هذا المستوى لا يوجد إلا علاقات تأثير نوعية. ومن الممكن للإنسان أن يجري دراسات علاجية مقارنة تقارن فيها أنواع مختلفة من استخدامات عوامل التأثير غير النوعية. ومن المؤكد أننا سنجد عندئذ علاقات نوعية جداً بين نوع الإجراء أو الأسلوب ونوع التأثير.

وبعد مناقشتنا لكلا أهم نوعين من الشكوك بالتأثيرات النوعية للعلاج النفسي، المتمثلين في حجة التحسن العفوي وعوامل التأثير غير النوعية، سوف نطرح السؤال عن خصوصية التأثير للطرق العلاجية النفسية مرة أخرى بشكل مباشر:

هل توجد علاقات خاصة بين نوع الأسلوب العلاجي ونوع تأثيرات العلاج؟

يجيب واقع النتائج عن هذه المسألة بوضوح بنعم. فتأثيرات طرق العلاج المختلفة تختلف عن بعضها:

(1) كمياً و (2) نوعياً و (3) في النوع الذي تحدث فيه هذه التأثيرات (طريقة التأثير).

وسوف نقدم فيما يلي براهين نموذجية لكل مظهر من هذه المظاهر:

- فـــــروق كميــــــة في التأثيـــــــــــر

إذا ما قارنا التكرارات، التي وجد فيها تأثيرات علاجية دالة للطرق العلاجية المختلفة، بين طرق العلاج المختلفة، فلسوف نلاحظ عندئذ وجود فروق كبيرة. فلنتناول النتائج حول المعالجة النفسية التحليلية المختصرة و معالجات حل المشكلات الاستعرافية السلوكية و التدرب على الكفاءات الاجتماعية مثالاً على ذلك. وبالنسبة للشكلين الأخيرين من العلاج تم استنتاج وجود تعديلات كثيراً ما كانت دالة في عشر مجالات من التعديل (العصابات واضطرابات الشخصية، اضطرابات جنسية، اضطرابات نفسية جسدية، جلسات فردية، جلسات جماعية أقل من 12 جلسة أكثر أو ما يقارب 12 جلسة...) عندما تم إجراء قياسات في واحد من المجالات العشر، أكثر مما هو عليه الأمر بالنسبة للمعالجة النفسية التحليلية المختصرة. ومن الطبيعي ألاّ تمتلك مثل هذه المقارنة قوة البرهان، إذ أنه يمكن لهذه النتائج أن تنبع من كون أنه قد تم من خلال الأشكال العلاجية المختلفة علاج أنواع مختلفة من المرضى، و من وجود اختلاف في تأهيل المعالجين الذين أجروا المعالجات ومن استخدام وسائل قياس للتعديلات مختلفة

الحساسية ...الخ. كما وأنه لم يحدث ولا مرة من المرات أن وجِدتْ نتائج الدراسات العلاجية بل كانت دائماً نتائج منشأة أو منْتَجة (Grawe,1988b) بحيث أنه ليس بالضرورة أن تعكس الفروق المستنتجة فروقاً حقيقية في الفاعلية. كما وأنها يمكن أن تكون ناتجة عن شروط مختلفة في الإنتاج أو التصميم. وفي تحليلاتنا تعقبنا بعناية تلك التفسيرات الممكنة وراعيناها عند التفسير عندما وجدنا داع لذلك. ولكن حتى مع مراعاة أو حتى بعد مراعاتنا لمثل هذه البدائل الممكنة فقد توصلنا إلى الرأي أن القائل: أنه توجد فروق حقيقية في فاعلية طرق العلاج المختلفة كتلك التي ذكرناه أعلاه. ففي المعالجة التحليلية المختصرة كانت التأثيرات المستنتجة ضئيلة بشكل مربك، حتى عندما لم نقم بإجراء مقارنات مع معالجات أخرى. فقد كانت التعديلات المتوسطة في مجموعات المعالجة المختلفة -منظوراً إليها من الناحية المطلقة- ضئيلة إلى درجة أنه قلما اختلفت قيم الاختبار البعدي عن قيم الاختبار القبلي بشكل دال إلا فيما ندر.

ومن أجل المضي بشكل موثوق في هذه المسألة المهمة و المختلف عليها بشدة، قمنا، بالنسبة لكل دراسات المقارنة المباشرة بين أشكال العلاج الأهم و المدروسة بشكل جيد كفاية، بإجراء مقارنة مباشرة للفاعلية على أساس من شدة التأثير، بالإضافة إلى تقييماتنا الأخرى التي قمنا بها. وقد استخدمنا في هذه المقارنة كل دراسات المقارنة المنشورة حتى عام 1991 واستثنينا من التقييم كل الدراسات التي بدت لنا منذ البداية أنها تميل لتفضيل إحدى طريقتي العلاج اللتين تمت المقارنة بينهما، أي تلك الدراسات التي لم تقم بمقارنة عادلة. وعندما يقوم الإنسان بإجراء مقارنات إحصائية للفاعلية على هذا الأساس الأفضل الممكن تظهر عندئذ في كل طريقة من طرق الحساب فروق دالة جداً بين المعالجة التحليلية والمعالجة الاستعرافية السلوكية وذلك لصالح المعالجة الاستعرافية السلوكية. وليس هناك من استنتاج من هذه النتائج غير أن التأثير النوعي للعلاج الاستعرافي السلوكي يتجاوز التأثير النوعي للمعالجة النفسية التحليلية والمعالجة النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج). فهناك إذاً فروق نوعية في الفاعلية بين الأشكال المختلفة للعلاج. وعليه إما وأن تكون عوامل التأثير الفاعلة في المعالجات الاستعرافية السلوكية هي غير عوامل التأثير الفاعلة في المعالجات النفسية بالمحادثة أو المعالجات التحليلية، وربما تكون عوامل تأثير فعالة جداً، أو يتوقع أن يتم استغلال عوامل التأثير نفسها في المعالجات الاستعرافية السلوكية بشكل أفضل مما هو الأمر عليه في المعالجات التحليلية أو المعالجة النفسية بالمحادثة(المتمركزة حول المتعالج). ومن الممكن أن يكون كلاهما. وسوف نتحدث لاحقاً بشكل مسهب حول هذه التفسيرات الممكنة وذلك عندما نتعرض للطرق المختلفة في التأثير للأشكال العلاجية المختلفة.

وهنا علينا بداية أن نعي أنه توجد فروق مبرهنة في الفاعلية بين الأشكال العلاجية المختلفة. وهذا يشكل برهاناً على أن المعالجات النفسية لا تمارس تأثيرات غير نوعية فحسب بل وتمارس تأثيرات نوعية أيضاً.

غير أنه لا توجد فروق كمية في الفاعلية بين الاتجاهات العلاجية المختلفة فحسب وإنما كذلك بين طرق العلاج المختلفة داخل الاتجاه العلاجي الواحد. فعندما نقارن الطرق التنفيرية والإرجاع الحيوي مع المعالجات القائمة على حل المشكلات وتدريب الكفاءات الاجتماعية، يتضح لنا وجود فروق واضحة في الفاعلية لصالح المعالجات القائمة على حل المشكلات وتدريب الكفاءات الاجتماعية. فهناك إذاً فروق في الفاعلية بين الطرق العلاجية المختلفة داخل الاتجاه العلاجي الواحد وحتى هذه الفروق تظهر تأثيرات نوعية للطرق منفردة.

لقد قبلنا حتى الآن وجود فروق متوسطة دالة كبرهان على التأثير النوعي في نجاح العلاج بين مجموعات عولجت بأساليب علاجية مختلفة. ولكن هناك أيضاً نوع آخر من النتائج، تظهر العلاقات النوعية المنهجية بين نوع الأسلوب العلاجي ومقدار تأثيره. وهذا النوع هو الترابطات الدالة بين المقدار الذي يتحقق فيه عامل تأثير معين في العلاج، ومقدار نجاح العلاج. ففي عدد كبير جداً من الدراسات العلاجية تم القيام بتحليل واضح للتغاير المشترك Covariance لسمات معينة من عملية العلاج وسمات نتيجة العلاج. وقد حدث هذا سواء في إطار مجموعات المعالجة منفردة أو في دراسات دون برنامج محاولة تجريبية، تمت فيه محاولة اختبار نوع محدد من الارتباطات بين سمات العملية ونتيجة العلاج بالنسبة لعدد كبير نسبياً من المعالجات. ويتجاوز مجال النتائج والدراسات المهمة بالنسبة لهذه المسألة المجال الذي حددناه منهجياً بالنسبة لنا في إطار الدراسات المذكورة هنا. وعلى الرغم من أننا أولينا اهتماماً خاصاً للعلاقات الترابطية بين سمات العملية ونتيجة العلاج في أثناء تقييم الدراسات العلاجية الترابطية، وكتبنا حولها تقارير بحث في تقارير نتائجنا عندما تكررت النتيجة نفسها في أكثر من موقع، غير أنه توجد عادة بالنسبة لسمات العملية المعنية نتائج أكثر بكثير حتى عندما نستثني تلك الدراسات القادمة من دراسات غير مضبوطة.

وحتى في العلاقات بين العملية والنتيجة التي وجدت في كل الدراسات الترابطية توجد دراسة تحليلية بعدية واسعة (تحت الطبع، (Orlinsky, Grawe & Parks تتيح استنتاج مقولات مدعمة بصورة جيدة حول أيتها هي متغيرات عملية العلاج التي يمكن اعتبارها ذات تأثير نوعي على نتيجة العلاج. ووفقاً لهذا التحليل البعدي يوجد حتى عام 1992 2343 نتيجة منفردة حول العلاقات بين سمات محددة من العملية ونتيجة المعالجات النفسية. ومن تحليل هذا العدد الكبير للعلاقات المنفردة يتضح أنه على المريض أن يقدم الإسهام الأهم إذا ما أراد أن يصل إلى نتيجة علاجية جيدة. ويعتبر انفتاحه على التعديلات وعمله الملتزم شرطان من أجل حدوث التعديلات الإيجابية. ولكن انفتاح وتعاون المريض يشترطان من جهتهما وجود علاقة علاجية طيبة، ومن أجل ذلك يمكن بل لابد للمعالج من أن يقدم مساهمته النوعية. وبسبب الأهمية المركزية أو الأساسية لعلاقة علاجية جيدة بالنسبة لنتيجة العلاج -و قد تم برهان الأهمية الوظيفية للعلاقة العلاجية بالنسبة لنجاح العلاج في عدة مئات من العلاقات الدالة

ويمكن اعتبارها واحدة من أكثر نتائج أبحاث العلاج النفسي ككل حتى الآن إثباتاً- فلا بد من اعتبارها عند بناء علاقة علاجية جيدة والحفاظ على استمراريتها واحدة من أهم المساهمات النوعية التي يقدمها المعالج في نجاح العلاج. والعلاقة العلاجية الجيدة لا تقوم ببساطة من ذاتها أو لا تقوم، وإنما لابد للمعالج من بنائها ويمكنه ذلك. ويمكن من خلال التدريب الهادف تدريب مهارات المعالجين على بناء العلاقة وعلى إحداث العلاقة العلاجية بشكل أفضل مما هو الأمر عليه دون تدريب مناسب(Grawe,1992c) . إذاً فحتى العلاقة العلاجية ينبغي اعتبارها، ولو جزئياً على الأقل جزءاً من عوامل التأثير النوعية. ومن المبرهن أن للسلوك العلاجي للمعالج تأثيراً على نتيجة العلاج. فعلى هذا الأساس تبدأ أولاً عوامل التأثير عملها، والتي من المفترض لها أن تحدث مباشرة تعديلات معينة مرغوبة لدى المريض، كالتفسيرات والمواجهات. وعندما يضع المعالج خبرة وسلوك المريض في أطر جديدة للمعنى عندئذ يمتلك هذا بشكل غالب كلية تأثيراً إيجابياً مبرهناً على نتيجة العلاج. فمن أصل 35 ارتباط تم اختباره في هذا المجال كان 24 ارتباط دالاً بشكل إيجابي و ثلاثة ارتباطات فقط سلبية. كما وأن فاعلية المواجهة العلاجية مثبتة بشكل جيد كذلك. فمن أصل 22 ارتباط تم اختباره كان هناك ارتباط سلبي واحد فقط و 15 ترابطات إيجابية دالة (Orlinsky, Grawe & Parks , in Press).

وهذه النتائج التي تكرر برهانها أكثر من مرة في هذه الأثناء تشكل دلالة واضحة على أن الأسلوب أو الإجراء التقني لمعالج ما له تأثيرات نوعية جداً على نتيجة العلاج.

إذاً فدراسات العلاج النفسي المضبوطة والطبيعية تصل بصورة متطابقة مع بعضها إلى النتيجة القائلة أنه للعلاج النفسي تأثير نوعي. والتعديلات التي تظهر في أثناء علاج نفسي ما لا يمكن اعتبارها مجرد نتيجة لعوامل تأثير غير نوعية.

♦ فـــــــروق نوعيــــــة في التأثيـــــــر

تمثل الحقيقة القائلة إن المعالجات تختلف عن بعضها البعض بكمية التأثير الذي تحققه في المعايير المعنية المحددة للنجاح، الدليل الأول على التأثير النوعي لطرق الإجراءات العلاجية. أما الدليل الثاني لذلك فهو الحقيقة القائلة إن الطرق العلاجية المختلفة تختلف عن بعضها البعض من خلال الموضع الذي تحقق فيه تأثيراتها الرئيسية. وقد وجدنا في تحليلاتنا للنتائج عدداً كبيراً من الدلائل على أنه للأساليب العلاجية المختلفة نقاط تأثير في مجالات مختلفة من التعديل. ويمكن لنا التعبير عن ذلك أيضاً بقولنا أنه للطرق العلاجية المختلفة بروفيلات تأثير مختلفة.

ومن الملاحظات المتوفرة مثلاً هي أن المعالجات التي تحدث في أطر بين إنسانية موسعة تحدث تعديلات في المجال البين إنساني أكثر من المعالجات

الفردية. لقد وجدنا بشكل متكرر في مبادئ علاجية مختلفة عن بعضها كلية دلالات على ظهور تعديلات في المجال البين إنساني أكثر عندما كانت المعالجات تتم ضمن المجموعة، في حين أن التأثير لا يختلف بين المعالجة الفردية والمعالجة ضمن المجموعة في مجالات التعديل الأخرى. وحتى في العلاج الزوجي والأسري غالباً ما ظهرت في المجال البين إنساني بشكل خاص تعديلات دالة، وحتى الإشكالية الرئيسية أيضاً، التي كانت الدافع للعلاج. وتؤيد هذه الملاحظة العابرة بشدة المعالجة في إطار بين إنساني موسع، إذا ما بدا أن التعديلات في المجال البين إنساني لدى مريض ما مرغوبة.

عدا عن ذلك تختلف الطرق العلاجية المختلفة بشدة في سعة مجال تأثيراتها. فطرق الاسترخاء المختلفة والتنويم والإرجاع الحيوي وكذلك التقنيات العلاجية السلوكية كخفض الحساسية المنتظم والمواجهة مع المثير تؤثر بشكل رئيسي على الإشكالية الرئيسية المعنية للمريض غير أنها من النادر نسبياً أن تقود إلى تحسن دال في مجالات التعديل الأخرى. ولكن هذا يختلف كلية في أساليب علاجية أخرى مقارنة بالمدة والشدة نفسها من العلاج. فطرق العلاج الاستعرافي وفق إيليز وبيك ومعالجات حل المشكلات والتدريب الاستعرافي على التغلب وتدريب المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي العريض بشكل خاص تمتلك طيفاً تأثير أوسع بكثير. وهي غالباً ما تقود حتى في المجالات الأخرى غير مجال الأعراض الرئيسي إلى تعديلات مهمة. وحتى داخل مجال الاتجاه العلاجي الواحد كالطرق الاستعرافية السلوكية توجد فروق كبيرة في سعة تأثير الأساليب المختلفة. أما المعالجات النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج) فتمتلك مجال تأثير أوسع بكثير جداً من الأساليب المذكورة سابقاً، كما ويمكن اعتبار العلاج الغشطالطي كذلك إذا ما جاز لنا القول مع الأخذ بعين الاعتبار قلة عدد الدراسات من حوله. أما في المعالجات التحليلية فيندر أن تظهر تعديلات في المجالات الأخرى على الرغم من أنها تحسن الأعراض بشكل فاعل.

أن ضروب التأثير النوعية هذه معقولة جزئياً من ناحية الإجراء العلاجي غير أنها تشكل جزئياً مفاجئة ومطلباً نحو الدراسة الأكثر دقة بطرق أفضل للضروب النوعية من التأثير للأساليب العلاجية المختلفة. ويشترط لذلك أن تقاس تأثيرات الأشكال العلاجية المختلفة من خلال بطارية قياس موحدة وواسعة، من أجل التمكن من القيام بمقارنة منهجية لبروفيلات التأثير. وحتى الآن لم تنجح المحاولات لبناء بطارية قياس معيارية لقياس الأثر في الدراسات العلاجية على نحو الاقتراح الذي قدمه كل من فاسكوف وبارلوف Waskow & Parloff عام 1975. ووفق عرض قام به فرويد ولامبيرت (Froyd & Lambert, 1989) فقد استخدمت في 348 دراسة علاجية منشورة بين عامي 1983-1988 1430 أداة قياس مختلفة للفاعلية. وعليه فقد استخدم كل باحث تقريباً

حتى الآن إلى حد كبير أداة خاصة به أو أنه قام هو بتركيبها. ومن المؤكد

أنه لا داعي لذلك ويمكن تجنبه. فغالبية المسائل يمكن أن يجاب عنها دون أي ضياع مضموني في حالة إقامة موازاة أكبر لبطاريات القياس، وعن هذه الموازاة تنجم حسنات إضافية كثيرة على نحو إمكانية مطابقة النتائج من الدراسات المختلفة مع بعضها البعض بشكل أفضل.

بالإضافة إلى ذلك فإنه لم يتم حتى الآن القيام بمقارنة تأثير الأشكال العلاجية المختلفة من المنظور الكمي quantity للفاعلية إلاّ بصورة أحادية الجانب. والدلائل المذكورة هنا لم تأت في غالبيتها من دراسات منفردة، وإنما تقوم على بروفيلات تأثير جاءت من دراسات كثيرة. غير أنه توجد من دراسات علاجية مقارنة منفردة دلائل واضحة على وجود فروق نوعية في التأثير. وعليه يستنتج غيلدر وآخرون (Gelder, et al. 1973) في مقارنة خفض الحساسية المنتظم و الإفاضة Flooding وجود ارتفاع دال في مقدار الصورة المثالية للمرضى المعالجين بالإفاضة حول أنفسهم، وهذا الأمر لم يظهر لدى المرضى المعالجين بطريقة خفض الحساسية المنتظم. وربما يمكن لمثل هذه "التأثيرات الجانبية - والمفاجئة في هذه الحالة- لأسلوب علاجي ما أن تبين لنا أمور كثيرة حول أسلوب تأثير المعالجات، المهمل في تصورات التأثير "الرسمية" للطريقة المعنية، وبالتالي يتحسن تفهمنا لأسلوب تأثيرها العلاجي الفعلي بالتدريج.

ولعل النتيجة المنبثقة عن دراسة الاكتئاب المعروفة للمعهد الوطني للصحة النفسية (Elkin et al. ,1985) والمتمثلة بوجود فرق نوعي في التأثير أقل مفاجئة ومعقولة جداً. فقد ظهرت هنا لدى المرضى المعالجين بالعلاج الاستعرافي السلوكي وفق بيك تعديلات في الأفكار المضطربة وظيفياً في أثناء العلاج أكثر شدة مما هو الأمر لدى المرضى المعالجين بالعلاج البين شخصي وفق كليرمان وآخرين (Imber et al., 1985) (Klerman et al.,1985) -وهذه دلالة جديرة جداً بالتصديق على التأثير النوعي للمعالجات الاستعرافية، إذ أن الأفكار المضطربة وظيفياً تلعب في تصور بيك حول الاكتئاب وفي العلاج المشتق من ذلك دوراً وظيفياً مهماً.

مثال آخر من نتيجة نجمت عن دراساتنا العلاجية المقارنة نحن، التي كانت تحت تسمية الدراسة البيرنية المقارنة للعلاج(Grawe, Caspar & Ambühl,1990) فهنا تمت مقارنة إطارين من أطر العلاج السلوكي، واحد ضمن المجموعة والثاني منفرد، حيث أولى المعالجون فيها السلوك البين إنساني للمرضى اهتماماً خاصاً، وكانوا مدربين على أن يتجاوبوا تفاعلياً بشكل مرن مع سلوك المرضى العلائقي، مع علاج سلوكي عريض "عادي" وعلاج نفسي بالمحادثة (متمركز حول المتعالج). وقد ظهرت تعديلات دالة في السلوك العلائقي الفعلي للمرضى وفق تقييم المقربين من الأقارب في كلا الإطارين التفاعليين فقط. وقد أحدث العلاج ضمن المجموعة التعديلات الأشد. مقابل ذلك أحدث العلاج النفسي بالمحادثة اللاتوجيهي ارتفاعاً في توقعات الضبط لدى المرضى، حيث لم يلاحظ

هذا الأثر في أي إطار علاجي آخر. ومن الممكن جداً ربط هذه الضروب من التأثير مع الضروب النوعية للأسلوب العلاجي.

وقد قام سنايدر وآخرون (Snyder et al.,1991) بمقارنة معالجة زوجية سلوكية مع معالجة زوجية قائمة على التبصر. وقد اتجه العلاج السلوكي بشكل خاص إلى تحسين التواصل بين كلا الشريكين ومهاراتهم على الحل المشترك للمشكلات. أما العلاج بالتبصر فقد هدف إلى أن يتعلم الشريكان فهم بعضهما البعض بشكل أفضل، من خلال الكيفية التي أصبح خلالها كل واحد منهما على هذا النحو من خلال أسرته الأساسية وتاريخ حياته، و كيف يتصرف كل واحد منهما في علاقته الزوجية. وفي نهاية العلاج كان العلاج السلوكي متفوقاً بمقدار ضئيل على العلاج بالتبصر، ولكن حتى العلاج بالتبصر قاد إلى تأثيرات جيدة. فبعد أربع سنوات من المعالجة كان 39% من الأزواج الذين عولجوا سلوكياً قد تطلقوا، مقابل 3% من الأزواج الذين تعلموا في أثناء العلاج أن يفهموا بعضهم بعضاً بشكل أفضل. وهذا أيضاً دليل واضح على وجود تأثيرات نوعية مختلفة لكلتا الطريقتين العلاجيتين. وعدا عن ذلك فهناك دليل واضح على أن المساعدة على التغلب على المشكلة ليست هي الأثر العلاجي النوعي الوحيد، الذي يمكن تنشيطه في العلاج النفسي. فهناك طرق أخرى يمكن من خلالها تحقيق تأثيرات علاجية مناسبة. وسوف نتطرق إلى ذلك بالتفصيل في حديثنا عن طريقة تأثير المعالجات.

في دراسة لتشابوتشنيك وآخرين (Szapocznik et al 1989) قورن علاج أسري مبني مع علاج دينامي لأطفال ذكور يعانون من مشكلات بعمر 13-14 سنة. وقد خفض كلا الشكلين من العلاج السلوك المشكل الذي كان السبب في المعالجة بالمقدار نفسه تقريباً. أما الفروق في التأثير فقد ظهرت مع الزمن بعد العلاج بشكل خاص. فلدى الأطفال المعالجين أسرياً استمرت العلاقات الأسرية بالتحسن بعد العلاج، أما لدى الأطفال المعالجين دينامياً فقد تراجعت العلاقات الأسرية؛ ويرجع ذلك كما يعتقد الباحثون لأن السلوك المشكل لدى الأطفال كان يمتلك سابقاً أهمية وظيفية في التفاعلات الأسرية، والتي لم تعد موجودة بعد العلاج، الأمر الذي قاد الأسرة إلى صعوبات. وهذا أيضاً دليل واضح وممكن على التأثيرات النوعية المختلفة للمعالجات المقارنة مع بعضها.

وربما تكفي هذه الأمثلة من أجل برهان أنه وعلى مستوى الدراسات المنفردة توجد في المقارنة المباشرة بين الأشكال العلاجية المختلفة دلائل طفيفة على وجود تأثيرات نوعية Qualitative مختلفة للطرق العلاجية المختلفة، والتي تظهر من جهتها أنه من الممكن أن تمتلك الطرق العلاجية المختلفة تأثيرات نوعية أو خاصة Specific. وعلى الرغم من الدلائل المتوفرة إلا أنه علينا أن نستنتج أننا ما نزال في الوقت الراهن نمتلك معرفة يعوزها البرهان الأكيد على

التأثير النوعي للطرق العلاجية منفردة. و المعرفة التفريقية والواسعة لن تحسن فهمنا لأساليب تأثير المعالجات فحسب بل سوف تكون خطوة أكبر لا تتجه صوب المقدار الكمي لنجاح العلاج المتوقع فقط وإنما تقوم بطرح الاستطباب (الفاعلية) على أساس نوعية محددة مرجوة لنتيجة العلاج (Grawe,1978).

- **فـــــروق في طريقــــــــة التأثيـــــــــــر**

لا يحتاج الأمر بعد كل ما قدمناه حتى الآن إلى براهين أخرى للتأثير النوعي للعلاج النفسي، ومع ذلك فهناك كثير من البراهين الأخرى حول ذلك، وسوف نقوم فيما يلي بعرض بعضها على الأقل لأنها تبدو لنا بأنها مهمة إذا ما أخذنا ذلك من زاوية أنها تقدم لنا فهماً أفضل لطريقة تأثير العلاج النفسي. ويتعلق الأمر هنا ببراهين إمبيريقية على أن التعديلات النفسية العلاجية تجري وفق تشكيلة ارتباطية نوعية، تختلف فيما بين الأشكال العلاجية المختلفة بشكل كبير جداً. ويمكن تحديد مثل هذه التشكيلة الارتباطية التفريقية إمبيريقياً من خلال المقارنات المنهجية للترابطات الداخلية للتعديلات في المجالات المختلفة (أيتها هي التعديلات المترافقة مع تعديلات أخرى)، ومن خلال مقارنات الترابطات بين سمات مخارج المرضى ومظاهر تأثير العلاج و من خلال مقارنة الترابطات بين سمات العملية مع سمات النتيجة Processtraits with Outcometraits وبين سمات العملية مع بعضها. وللأسف فإنه حتى الآن قلما جرت دراسة منهجية لهذه التحليلات المقارنة لشكل الارتباط الذي تجري فيه التأثيرات العلاجية في الأشكال العلاجية المختلفة. وغالباً ما تمت الإشارة إلى ذلك في دراسات العلاج بشكل سردي الأمر الذي جعل استثمار النتائج فيما يتعلق بمظاهر التأثير أضأل عموماً مما أملناه بالأصل. ولكن في الدراسات التي أجريت فيها مثل هذه المقارنات بشكل واضح، ظهرت عملياً بانتظام فروق واضحة في الارتباط في أشكال الارتباط وبالتالي في طريقة تأثير الأشكال العلاجية التي تمت مقارنتها مع بعضها البعض. وسوف نعرض هنا بشكل أساسي براهين من دراساتنا الخاصة، لأنه يمكننا من خلال ذلك وضع مقولات أكثر تأكيداً بسبب المعرفة الدقيقة للمعطيات.

ففي مقارنة بين المعالجة النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج) والعلاج السلوكي لمرضى رهابيين ظهر أنه لم يحدث تحسن شامل في الإحساس العام لدى المرضى المعالجين سلوكياً إلا عندما نجح العلاج في تخفيض أعراض الخوف بشكل فاعل. وهذا أمر غير مفاجئ. ولكن المفاجئ لنا هنا، وإن كان ممكناً، أنه قد ظهرت لدى المرضى المعالجين بطريقة المعالجة النفسية بالمحادثة تعديلات في الأعراض وتعديلات أخرى بشكل مستقل عن بعضها البعض بصورة كاملة. وهذا يشير إلى أن الأسلوب العلاجي بالمحادثة غير المتمركز على العرض بشكل أساسي يحدث بالفعل تعديلات في الأعراض، والتي كانت في المتوسط بالشدة

نفسها التي كانت عليها التعديلات الحاصلة في العلاج السلوكي، بطريقة أخرى غير الطريقة المباشرة المتمركزة حول العرض التي يستخدمها العلاج السلوكي. ووفقاً لذلك فإنه ليس من المفاجئ أن كلا الشكلين من العلاج يؤثران بشكل فاعل حتى في أنواع مختلفة من المرض (Grawe, 1976; Plog, 1978).

وفي مقارنة بين علاج تفاعلي في المجموعة مع ثلاث معالجات فردية، الأولى علاج سلوكي تفاعلي وفق المخطط نفسه الذي صمم للعلاج ضمن المجموعة، والثانية علاج سلوكي "عادي" عريض والثالثة معالجة نفسية بالمحادثة، ظهرت علاقات واضحة جداً بالنسبة للمعالجة في المجموعة بين انخفاض المخاوف الاجتماعية والتحسن في المجالات الأخرى، لم تظهر في أي من أشكال المعالجات الفردية الثلاثة (Grawe, Caspar & Ambühl,1990). وهذا يشير إلى أنه في العلاج ضمن المجموعة لعب انخفاض المخاوف الاجتماعية دوراً وظيفياً جوهرياً في عملية التعديل، الأمر الذي لم يظهر في المعالجات الفردية. غير أنه من الجدير بالملاحظة هنا الأطر العلاجية السلوكية كلها قد قادت في المتوسط إلى انخفاض على الدرجة نفسها من الشدة في المخاوف الاجتماعية. فالفرق لم يكن إذاً في مقدار التأثير وإنما في كيفية حدوث التأثير. كما وأنه ليس من المفاجئ في مثل هذه الفروق من طرق التأثير أن كانت المعالجات المختلفة ناجحة مع مرضى مختلفين. فالعلاج النفسي بالمحادثة (المتمركز حول المتعالج) أحدث نتائج جيدة مع مرضى ذوي حاجات واضحة للاستقلالية غير أنه يؤثر بصورة سيئة مع مرضى ذوي حاجات اعتمادية ولدى مرضى استسلاميين، في حين أن العلاج السلوكي واسع الطيف المباشر كان فاعلاً بالتحديد مع المرضى من الفئة الأخيرة(Grawe, 1992a).

في الأطر العلاجية الفردية الثلاثة لهذه الدراسة وجدت ارتباطات شديدة بين سمات محددة من العملية مثل نوعية العلاقة العلاجية ونجاح العلاج، غير أن هذه السمات كانت في كل إطار من الأطر سمات مختلفة كلية من العملية التي ترابطت بشكل خاص بشدة مع نجاح العلاج

(Grawe , 1989a,1989b) . نتيجة مشابهة كلية ظهرت في تحليل مقارن للعلاقات الترابطية بين سمات العملية ونجاح العلاج في المعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة التحليلية النفسية المختصرة

(Meyer, 1989). وحتى أنه قد وجدت في هاتين الدراستين بشكل جزئي ارتباطات متناقضة بين سمات محددة من العملية ونتيجة العلاج بالنسبة للأشكال المختلفة من العلاج. وتشير هذه النتائج إلى أن الأشكال الثلاثة من العلاج، أي المعالجة النفسية التحليلية والمعالجة النفسية بالمحادثة و العلاج السلوكي تحقق تأثيراتها بطرق مختلفة كلية عن بعضها.

وقد وجدنا برهاناً مثيراً للانطباع في دراسة انتهت مؤخراً، تمت فيها مقارنة الأشكال العلاجية الفردية الثلاثة المذكورة أعلاه مع إطار علاجي رابع إضافي

يستخدم أسلوباً كاشفاً heuristic قائماً على نظرية التصويرة schematheoretical فيما يتعلق بالتوجه المكاني والتصرفي actorientation وفق (Grawe,1986,1988) كول (1987) و هارتونغ (1990). وقد ارتبط نجاح العلاج في الأطر العلاجية السلوكية مع ازدياد التوجه التصرفي للمرضى في مجرى العلاج بشكل دال. لقد نمى المعالجون السلوكيون التوجه التصرفي لدى مرضاهم من خلال التدخلات المتمركزة على التصرف. وقد تميز الحدث العلاجي ككل في المعالجات الناجحة بتنمية وازدياد توجهات التصرف. أما في المعالجة النفسية بالمحادثة (المتمركزة حول المتعالج) فقد كان العكس تماماً. ففي المعالجات النفسية بالمحادثة الناجحة انخفض التوجه التصرفي للمرضى وازداد التوجه المكاني (Jeger,1993). فالمواجهة المتمركزة على المكان للمريض مع ذاته التي يعتبرها المعالجون السلوكيون على أنها شيء ينبغي تجنبه أو تهديمه (راجع Hartung,1990) يمكنها أن تقود إلى تعديلات إيجابية جداً، ذلك أن مرضى العلاج النفسي بالمحادثة قد حققوا نجاحاً علاجياً على نفس الدرجة من الجودة تقريباً الذي حققه مرضى العلاج السلوكي. وتظهر هذه النتائج بوضوح بأنه توجد في الواقع طرقات مختلفة كلية لتحقيق نتائج علاجية جيدة وأن الأشكال العلاجية المختلفة تنشط عوامل تأثير و سيرورات تعديل مختلفة كلية - بشكل جزئي على الأقل.

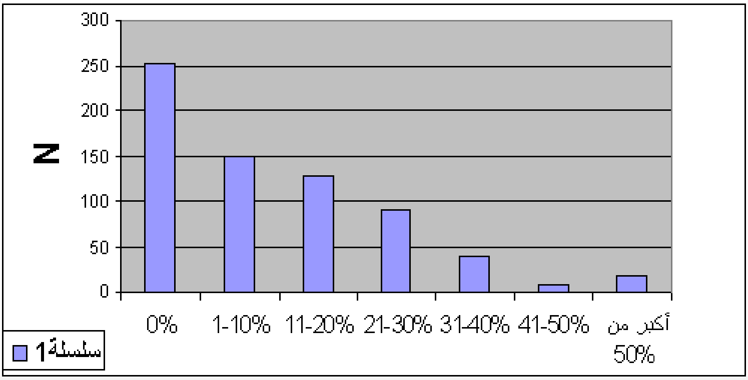
وطبقاً لذلك فإن الأشكال المختلفة من العلاج لا تحدث تأثيرات علاجية نوعية وكمية مختلفة فحسب وإنما تحدث تأثيراتها العلاجية بطرق مختلفة. ووفقاً لذلك فهناك أكثر من طريقة حول الكيفية التي يمكن فيها للإنسان كمعالج أن يحدث التعديلات المرغوبة. و فكرة أنه توجد أساليب مختلفة يمكنها أن تكون ملائمة بشكل خاص لمرضى محددين و لأطوار مختلفة من العلاج وأن ذلك المعالج الذي يستطيع استغلال الإمكانات المختلفة هو الأحسن، لا تبدو غير معقولة أبداً. وسوف نعود في الفصل الأخير للتعرض بالتفصيل للعواقب التي نجمت عن هذه النتائج بالنسبة لفهمنا للعلاج النفسي.

4.2. التأثيـــــر التفريقـــــــــي

لا تناسب الطريقة العلاجية الواحدة كل المرضى. ففي كل طريقة من طرق العلاج يوجد قطع للعلاج وإخفاق. ويتيح بنك معطياتنا طرح مقولة مدعمة حول تكرارت القطع والإخفاق. ففي أل 897 دراسة التي قمنا بتحليلها كان هناك ككل 2016 مجموعة معالجة حقيقة. وقد اختبرنا بالنسبة لكل واحدة من هذه المجموعات بدقة حجم انقطاع العلاج فيها. وقد حددنا قطع العلاج من خلال حضور المريض ثلاث جلسات علاجية على الأقل، أي أنه قد بدأ بالعلاج فعلاً، وقام بقطع العلاج قبل النهاية النظامية من وجهة نظر المعالج.

في 323 من أصل 897 دراسة لم تذكر معطيات حول قطع العلاج. وفي 252 دراسة لم يحصل قطع للعلاج وفق ما يذكره الفاحصون. أما باقي الدراسات فقد

حصل فيها قطع للعلاج وقد قدم الفاحصون أرقاماً واضحة حول كم مرة حصل أن قطعت نسبة معينة من المرضى العلاج بشكل مبكر. والشكل 2 يقدم عرضاً حول كم مرة حصل وقطع المرضى العلاج بشكل مبكر



عدد الأطر العلاجية

يمثل الشكل تكرار حدوث قطع العلاج في المجموعات العلاجية النفسية.

ووفقاً لذلك فإن قطع العلاج لا يشكل ظاهرة نادرة. ففي 162 من مجموعات المعالجة قطع 20% من المرضى العلاج بصورة مبكرة. إذاً فغالباً ما يحصل أن يكون العرض العلاجي الذي يقدمه المعالج للمريض، معاشاً من قبل المريض على أنه غير مناسب له أو غير مساعد. وعندما يكون مريض ما بحاجة فعلية للمعالجة فعلى الإنسان أن يعتبر أنه من المرغوب جداً أن يقدم له عرضاً علاجياً يستطيع من خلاله أن يتفاعل معه و يشعر بأنه المساعدة المناسبة بالنسبة له. ويشير قطع العلاج إلى أن المعالج لم يعير أو يؤقلم نفسه من خلال عرضه العلاجي بشكل كاف مع حاجات وإمكانات المريض. وعادة ما يشكك قطع العلاج بالعرض العلاجي وليس بالمريض. وتشير النسب العالية من قطع العلاج بعرض علاجي جامد جداً.

أما حقيقة أن قطع العلاج ليس أمراً مقدراً إلهياً وإنما هو أمر يفعله المعالج وظاهرة لا بد وأن يجيب عنها المعالج فتتضح من حقيقة أنه هناك كثير من مجموعات المعالجة لم تظهر فيها مثل هذه الظاهرة. وطبعاً يمكن للمرء هنا أن يعترض على ذلك بأن مثل هذه الفروق في تكرارات قطع العلاج تعود إلى الفروق في نوع المرضى المعالجين وليس إلى العرض العلاجي المعني. وقد يكون هذا صحيحاً إلى حد ما، ولكن إلى حد ما فقط. إذ أنه في 44 دراسة وجدت فروق دالة في نسب القطع بالنسبة لأطر علاجية مختلفة. وهذا لا يمكن عزوه إلى اختلاف المرضى أو تنوعهم، إذ أنه قد تم في هذه الأطر العلاجية

معالجة مرضى متشابهين. وكذلك وجدنا أكثر من مرة في دراسة العلاج البيرنية المذكورة سابقاً فروقاً واضحة في نسب القطع. فقد كانت أعلى نسبة في المعالجة النفسية بالمحادثة حيث بلغت 25% وأقلها في العلاج الفردي التفاعلي 0%. ويفترض ألا تكون هذه النتيجة مفاجئة، إذ أن المعالجين في العلاج التفاعلي كانوا قد دربوا على الاستجابة بشكل مرن كلية للمريض من خلال عرضهم العلاجي، في حين أن المعالجين النفسيين بالمحادثة قد ظلوا من مريض لآخر على العرض نفسه ومن هذه الناحية لم يكونوا "متمركزين حول المتعالج" وإنما حول الطريقة. كما ويتضح من خلال أن المعالجين المبتدئين يسببون قطعاً للعلاج أكثر بكثير من المعالجين الخبيرين، أن قطع العلاج مرتبط بنوعية العرض العلاجي (Lehmann,1985). ومن المؤكد أنه هناك مرضى تصعب معالجتهم بغض النظر عن الطريقة العلاجية المعنية، غير أن قطع العلاج أكثر بكثير من عدد مثل هؤلاء المرضى ويشير إلى النقص في المرونة والكفاءة لدى المعالجين أكثر من النقص في ملاءمة المريض للعلاج.

كما وأن قطع العلاج لا يشير وحده إلى حدود العرض العلاجي وإنما المرضى أيضاً، الذين لا يتحقق لديهم النجاح العلاجي المرغوب على الرغم من استمراريتهم في العلاج. وقد كان بيرغين (Bergin,1971) أول من لفت الانتباه بوضوح إلى أن تأثير طريقة علاجية معينة يمكن أيضاً أن يكمن في أنها تجعل المرضى غير ما كانوا عليه قبل العلاج. ويفترض من الناحية الطرائقية أن يظهر مثل هذا التأثير التفريقي في التشتت المرتفع لحجوم التعديل داخل المجموعة العلاجية المعنية مقابل التشتت المطابق في العينات الضابطة أو في مجموعة علاجية أخرى. وتتعلق الأهمية المضمونية لتغاير مجموعاتي داخلي موسع أيضاً بالتعديلات المتوسطة المستنتجة في الوقت نفسه. فإذا ما كانت هذه ضئيلة (أي غير دالة) ويوجد في الوقت نفسه توسع دال للتشتت، فإن ذلك يعني عندئذ بأنه على الرغم من أن العلاج المعني غير فاعل في المتوسط إلاّ أنه كان فاعلاً بالنسبة لجزء من المرضى. ومن هنا يمكن للتأثيرات العلاجية التفريقية الدالة أن تكون دلالة على أن الطريقة المعنية من العلاج كانت فاعلة بالنسبة لغالبية المرضى، مع العلم أن مجموعة المعالجة ككل لم تتغير بشكل دال في المتوسط. ومن الطبيعي أن يطرح السؤال هنا من هم المرضى الذين يمكن للمعالجة أن تكون فاعلة معهم على الرغم من غياب البرهان الدال المتوسط؟. عندما يظهر توسع دال للتشتت مع تحسن متوسط دال في الوقت نفسه، فإن هذا يعني بأن العلاج قد أثر في غالبية المرضى بشكل جيد جداً، ويعني أيضاً أن هناك حالات لم يتم معها تحقيق تعديلات كبيرة. ويتبع هذا الاستنتاج السؤال من هم هؤلاء المرضى غير الملائمين لمثل هذا النوع من العلاج؟. فظهور التأثير العلاجي التفريقي إذاً يشكل دائماً مطلباً نحو البحث عن معايير الطرح التفريقي للفاعلية.

وللأسف فإن قليل من الباحثين العلاجيين قد أولوا ظاهرة الفاعلية التفريقية للعلاج عناية خاصة عند تقييمهم لدراساتهم. ففي أل 572 من أصل أل 897 دراسة المحللة لم يذكر في تقرير البحث أي شيء على الإطلاق عن التشتت. فقط في 34 دراسة قام الباحث نفسه بشكل خاص باختبار مدى وجود فروق في التشتت بين مجموعات المعالجة. وهذا يظهر مدى قلة الاتجاه نحو البحث التفريقي حتى الآن لجزء كبير من دراسات العلاج النفسي. وللأسف فإن اهتمام غالبية الباحثين كان حتى الآن منصباً بشدة على مجرد اختبار فاعلية طرق العلاج المدروسة. ولغدونا اليوم في البحث العلاجي النفسي أبعد بكثير في مسألة الفاعلية التفريقية وطريقة التأثير التفريقية للأشكال العلاجية المختلفة، لو أنه تم الاهتمام أكثر بهذه المسألة عند تصميم وتقييم كثير من دراسات العلاج. ووفق نتائج الدراسات المتوفرة حتى الآن فهناك مبرر قوي لذلك، إذ أن الأمر يتعلق في الفاعلية التفريقية للطرق العلاجية بظاهرة منتشرة بالفعل. لقد قمنا بأنفسنا باختبار وجود فروق دالة في التشتت بين المجموعات العلاجية في كل الدراسات التي كان فيها التشتت اللازم مذكوراً باستخدام اختبار

F-Test. وكان ذلك ممكناً في 293 دراسة. ووجدنا بأنه في 60 دراسة فقط من هذه الدراسات لم يكن هناك فرق دال في التشتتات. وفي 112 دراسة، أي في 38% ظهرت فروقات تشتتية دالة إحصائياً في المقدار المركزي للنجاح أو في واحد من مثل هذه التراكمات أو كليهما معاً، بحيث يمكننا الحديث عن تأثير تفريقي مهم عيادياً للعلاج المعني المدروس. وفي 111 دراسة كانت هناك فروق تشتتية منفردة.

فالتأثير التفريقي للطرق العلاجية النفسية ليس تأثيراً عارضاً أبداً، وإنما هو ظاهرة متكررة الحدوث. وهو يظهر - بتقدير محافظ - في حوالي 40% من المجموعات العلاجية المعالجة نفسياً ككل. فمن المثبت أن كثير من الطرق العلاجية النفسية تؤثر في مرضى مختلفين بطرق مختلفة. ولقد أشرنا إلى ذلك في تقارير أبحاثنا عندما كانت تتكرر الدلائل على وجود تأثير تفريقي للمعالجات. والنتيجة المنطقية لهذه الدلائل أنه يفترض ألاّ يتم استخدام هذه الطرق العلاجية إلا بعد إيضاح تأثيرها Indication بصورة دقيقة وواضحة. وهنا يحتاج الإنسان طبعاً إلى معايير تأثير مؤكدة وحتى الآن فلا يبدو هناك أملاً كبيراً. وفي الواقع فقد أملنا فيما يتعلق بوجهات نظر التأثير من الحصول على نتائج أكثر غنى من تحليلاتنا لكل الدراسات العلاجية المضبوطة. وبالفعل لم يقد تجميع كل النتائج المتعلقة بذلك إلى كثير من طرح مؤكد للفاعلية -يمكن مراجعة زيغفريد 1885, Siegfried للحصول على عرض شامل لهذا. وأحد الأسباب الرئيسية لخيبة أملنا الكبيرة فيما يتعلق بهذا الأمر يكمن في أن غالبية الباحثين لم يهتموا كثيراً بوجهات النظر التفريقية. فإذا ما كان 34 فقط من أصل 897 باحث اهتم بشكل واضح بمسألة فيما إذا كان هناك تأثيرات تفريقية، عندئذ فلن يكون

مفاجئاً أن تستنتج الدراسات بشكل عام القليل حول المتغيرات التي يتعلق فيها يتعلق التأثير التفريقي. ومجرد الترابط لسمات ما قبلية للمرضى مع نجاح العلاج أثبت في كل الأحوال أنه استراتيجية بحث غير مثمرة كثيراً، هذا إذا جاز لنا الحديث هنا حول استراتيجية على الإطلاق. ولعل إهمال أو تجاهل وجهات نظر التأثير التفريقي هو من أكبر وأشد القصور في أبحاث العلاج النفسي حتى الآن. ومن حسن الحظ أن نلاحظ اليوم وجود كثير من المبادئ الساعية لإزالة هذا القصور و الإثمار الأول لتوجه جديد (Beutler & Clarkin, 1990; Beutler & Grago, 1991; Grawe,1992a). والنتائج التي حصلنا عليها حول التأثير التفريقي للعلاج النفسي تظهر بوضوح أن مثل هذا التوجه الجديد كان ضرورياً بشكل ملح.

ويمكننا اعتبار أنه من المؤكد بأن كثير من طرق العلاج النفسي تؤثر بشكل جيد جداً في مرضى معينين، غير أنها لا تكون كذلك بالنسبة لمرضى آخرين. وهذا صحيح حتى عندما يعالج فقط مرضى يحملون صورة اضطراب محددة جداً، ومشخصة بدقة كبيرة بطريقة علاج مفصلة بشكل مضبوط على هذه الصورة المرضية، كعلاج مرضى رهابات الأماكن العامة بطريقة المواجهة بالمثير. فإذا ما تم إجراء مثل هذه المعالجة بطريقة محترفة، فإنه يمكن لدى 75% من المرضى تحقيق تحرر دائم من رهابات الأماكن العامة (Fiegenbaum, Freitag & Frank,1992). وهذا عبارة عن تقدم علاجي كبير جداً مقابل الإمكانات العلاجية التي كانت متوفرة بالنسبة لهؤلاء المرضى قبل ثلاثين سنة. ولكن مازالت النسبة 75% وليس 100% من المرضى الذين يمكن مساعدتهم بهذه الطريقة بنجاح. وتبقى نسبة 25% من المرضى غير المعالجين بنجاح. أما بالنسبة لطرق أخرى في العلاج ذات الفاعلية المتوسطة الأقل فإن نسبة المرضى غير المعالجين بنجاح أعلى ويتوقع أن تكون أعلى بشكل جوهري إلى حد ما لأنه يمكن اعتبار ملاءمة المواجهة بالمثير بالنسبة لمعالجة رهابات الأماكن العامة في الوقت الحاضر من أفضل التأثيرات المبرهنة اليوم في مجال العلاج النفسي(Schulte et al.,1991) .

وعليه ففي كثير من الطرق العلاجية النفسية لابد وفق مستوى المعرفة الراهنة من الانطلاق من أنه لا يمكن مساعدة جزء لا بأس به من المرضى من خلال هذه الطريقة. غير أن هذا لا يعني سوى أنه مساعدة هؤلاء المرضى بشكل فاعل بهذه الطريقة الخاصة فقط، ولا يعني أنه لا يمكن مساعدتهم بطريقة علاجية نفسية أخرى بنجاح. فقد وجدنا مثلاً في واحدة من دراساتنا العلاجية المقارنة أن المرضى التعلقيين بلا استثناء لم ينجحوا بصورة جيدة في المعالجة النفسية بالمحادثة، غير أنهم نفسهم حققوا نجاحاً علاجياً جيداً في العلاج السلوكي المباشر. (a992Grawe,1). فمن "يفشل" إذاً في أحد أشكال المعالجة يمكن أن يحقق نجاحاً جيداً في شكل آخر من أشكال العلاج بالمقدار نفسه من الاستهلاك.

ونحن لا نريد الادعاء أنه لا يوجد مرضى لا يمكن مساعدتهم عموماً بصورة فاعلة بوساطة العلاج النفسي، غير أن نسبة هؤلاء المرضى واقعة تحت نسبة أولئك المرضى الذين يعتبرون بأنهم لا يحققون النجاح في طرق علاجية منفردة. وطالما يعالج المرضى في العادة بالطريقة المتمكن منها المعالج بالتحديد، والتي وصلوا إليها (أي المرضى) بهذه أو تلك الطريقة، فإنه من المؤكد أن الإمكانات التي يقدمها العلاج النفسي بشكل عام مازالت غير مستثمرة إلى أبعد حد.

ويتم في الوقت الراهن من خلال اقتصار المعالجين النفسيين على "طريقتهم" المعنية في العلاج إنتاج إخفاقات علاجية ضمن نطاق واسع، كان من الممكن لها ألا تكون لازمة. ولكن لو تجري العادة بالعكس، بأن يتم بالنسبة لكل مريض اختبار العرض العلاجي الملائم له بشكل جيد ولو أخذ بعين الاعتبار من أجل ذلك طيف الإمكانات العلاجية المبرهنة صلاحيتها كله ولو وجد معالجون كفاية يستطيعون بالفعل استخدام مثل هذا العرض العلاجي، فسيحقق المرضى عندئذ آمالاً بالنجاح في العلاج النفسي أفضل بكثير مما يملكونه اليوم. وعندئذ لن تكون الإخفاقات العلاجية بالحجم الموجودة فيه اليوم إلا من ذكريات الماضي. ومن خلال الضبط الروتيني للمجرى، الذي يفترض له أن يكون أمراً بديهياً بالنسبة للممارسة العلاجية(Howard et al., 1991) ، يمكن في وقت مبكر اكتشاف متى لا يأخذ العلاج المجرى المرغوب ولأمكن، إذ لم يكن بالإمكان إجراء تحول من خلال المواءمة داخل العلاج نفسه، من أخذ عرض علاجي آخر مختلف كلية بعين الاعتبار. ومثل هذا النوع من العلاج النفسي الممثان بهذه الطريقة يتطلب معالجين غير مبرمجين على شكل علاجي محدد وإطار علاجي معين، وإنما يأخذون بعين الاعتبار طيف الإمكانات العلاجية كلها وقادرين ومستعدين على تكييف أنفسهم من خلال عرضهم العلاجي بشكل مرن مع المريض المعني.

وللأسف مازالت ممارسة العلاج النفسي في الوقت الراهن بعيدة عن هذه الأوضاع وبالتالي فإن الهوة كبيرة بين الإمكانات الكامنة للعلاج النفسي وواقعه، الذي تحدثنا عنه في البداية. وسوف نحاول في الفصل الأخير أن نحدد كيف يمكن أن يبدو العلاج النفسي العام المستقبلي، الذي يستثمر إمكانات العلاج النفسي بشكل أفضل مما هو عليه الأمر اليوم. ولكن قبل ذلك ما زال علينا الاهتمام بالواقع الراهن للعلاج النفسي. وسوف نلخص في المقطع الأخير الكيفية التي نقيم بها الوضع العلمي للأشكال العلاجية وفق مستوى المعرفة الراهن. ولن نجد بداً من طرح مقولات على مستوى التحديد أو الفصل بين المدارس العلاجية المختلفة. وبالتالي فإن هذه المقولات ستكون عن كل المدارس العلاجية التي تدور على هذا المستوى، ولن نستطيع التفكير لأبعد من ذلك أو أننا لا نريد ذلك، وكأننا نؤيد أشكالاً محددة أو نعارضها. وللأسف فإن هذا ما لا يمكن تجنبه، إذ أن هذا للأسف هو التفكير الذي يحدث دائماً الواقع الراهن للعلاج النفسي. غير أنه يفترض لأولئك الذين يملكون أذنا للإصغاء أن يتضح لهم في هذه الأثناء بأن

استنتاجاتنا من هذه النتائج هي ليست تلك الاستنتاجات التي نعلن فيها هذا الشكل من العلاج منتصراً وذاك مهزوماً. بل أننا نعتقد أن النتائج حول التأثير الفعلي للأشكال العلاجية المختلفة تبرهن لنا نتيجة مختلفة كلية، ألا وهي أنه لابد من دفن التفكير في مفاهيم الأشكال العلاجية السائدة حتى الآن بشكل نهائي. ولكن من أجل أن نعرف ما الذي ندفنه ولماذا ندفنه، فإنه لابد قبل ذلك من إجراء جرد شامل، من التحقق من الوفاة إلى حد ما. وعلى الرغم من أن بعض الجثث ستظهر بحالة أفضل من الأخرى، غير أن الموت كان بالنسبة لها كلها أمراً محتوماً، ذلك أنها كلها قد عانت من "متلازمة ضيق الأفق" إلى أن ماتت أخيراً بجرعة مفرطة من الوقائع غير القابلة للهضم. وكثير من هذه الجثث سوف تستمر في المستقبل لفترة طويلة الانتشار كأشباح، ولكن الأشباح لن تحرك إلا أولئك الذين يعتقدون بها، وهؤلاء يتضاءل عددهم باطراد مع الزمن ويصبحون أقلية، ونحن متفائلون.

5.2. الوضـــع العلمـــــــي للأشكـــــــال العلاجيــــة المختلفــــة

يقاس الوضع العلمي لطريقة علاجية ما وفق معايير مختلفة. ومما لا شك فيه فأن أهم هذه المعايير هو اختبار الفاعلية. فالطريقة العلاجية التي لم يتم ولا مرة اختبار تأثيراتها الحقيقية بشكل موضوعي، لا تحقق حتى أدنى معايير العلمية. ولا يمكن اعتبار فاعلية طريقة علاجية ما مؤكدة إلاّ إذ أثبتت صلاحيتها في عدة دراسات مستقلة مع ضبط مناسب ضد خرق الموثوقية الداخلية. غير أن الإثبات المتكرر لا يشكل إلا شرطاً أدنى من أجل إمكانية اعتبار طريقة علاجية معينة معترفاً بها. فبالإضافة إلى ذلك لا بد من إيضاح مجال صلاحية أو تطبيق هذه الطريقة. فلا بد إذاً من إجراء اختبار الفاعلية في مجالات التطبيق كلها، التي يفترض للطريقة أن تستخدم فيها. وينبغي توفر دراسات حول آليات التأثير، الفاصلة بالنسبة لتأثير الطريقة. وعليه فكلما كانت الوقائع المؤكدة حول فائدة وطريقة تأثير طريقة ما أكثر توفراً كان تقدير الوضع العلمي لطريقة علاجية ما أعلى.

وتشكل الفرضيات النظرية التي يقوم عليها الوضع العلمي لشكل علاجي ما معياراً آخر لعلمية هذا الشكل. فالأشكال العلاجية التي تقوم على تصور نظري يقر العلماء أصحاب الشأن في هذا المجال بأنه خاطئ أو يعتبرونه متأخراً عن أوانه أو قديماً قياساً بالمعارف المتوفرة، يناقض أحد أهم المبادئ العلمية الأساسية، ألا وهو واجب الانفتاح على المعرفة المحققة في مكان آخر حول مجال الظاهرة المعني. وبما أن الأمر في العلاج النفسي يتعلق بتعديل خبرة وسلوك الناس، فإن علم النفسي يشكل العلم الأساس للعلاج النفسي. فالأشكال العلاجية التي تقوم على تصورات وتتمسك بها، والتي لا تكون قابلة للاتفاق مع مستوى المعرفة في علم النفس العلمي، لا يمكن اعتبارها مؤسسة علمياً.

والأشكال العلاجية التي ينطبق عليها هذا تخرق كذلك في العادة مبادئ علمية أساسية أخرى. ومن ذلك، أن يطرح الإنسان نتائج عمله الخاصة للنقاش من خلال النشر وأن يأخذ الإنسان عمل العلماء الآخرين في المجال نفسه بعين الاعتبار. والمعالجون النفسيون الذين يطرحون أعمالهم للنقاش في منشورات مدرستهم العلاجية الخاصة فقط ويأخذون بعين الاعتبار الأعمال المنشورة هناك فقط، يخرقون المبادئ العلمية الأساسية، المهمة بالنسبة للتقدم المعرفي العلمي وبالنسبة للمنافسة في سوق حرة على نوعية الإنتاج والخدمات. إن الانسحاب إلى دوائر مغلقة لمدرسة علاجية ما والتواصل الحريص على التكاثر هناك يملك وظيفة الحماية نفسها التي يملكها تشكيل الاتحادات الصناعية في الاقتصاد، وله المساوئ نفسها على المستهلكين (المرضى) التي يملكها تشكيل الاتحادات. بل أنه في العلاج النفسي تمتد الحماية من التأثيرات الخارجية المهددة إلى أبعد من ذلك، إلى درجة يتم فيها إعلان المبدأ الذاتي علماً خاصاً، لا يخضع للمعايير نفسها التي تخضع لها العلوم الأخرى. وبالفعل فهذه استراتيجية دفاع فاعلة، إذ أنها تبرر عدم الأخذ بعين الاعتبار ما تم تحقيقه في مجال علم النفس والعلاج النفسي، وتحرر ذاتياً من واجب الخضوع لقواعد التواصل وأساليب العمل العلمية المعترف بها عموماً. إن القناعة الذاتية، بأن المرء بهذا يمارس العلم، يصان من خلال مظاهر أو رموز خارجية "للعلم" كإقامة المؤتمرات، وإنشاء مجلة والحفاظ على لعبة لغوية مشتركة، معقدة قدر الإمكان...الخ. وتحقق هذه النشاطات الماوراء علمية وظيفتها نحو الداخل بالنسبة لمشاعر القيمة الذاتية للمجموعة. غير أنه لابد من الدفاع عنها باستمرار أمام الخارج من خلال التعامي أو إعادة تفسير ذلك الجزء من الواقع الذي يشكك بالأوهام المصانة جمعياً. وتحمل المواجهة مع الواقع غير المشوه بالنسبة لهذه الطوائف في طياتها مخاطر كبيرة باستمرار. ومن ضمن هذه المخاطر الإرجاعات الموضوعية حول التأثير الفعلي لشكل العلاج المعني وإعادة الاختبار الإمبيريقي لفرضياته الأساسية. ومن هنا نجد أنه من المألوف بالنسبة لتلك الأشكال العلاجية المشكوك علمياً بأساسها النظري بناء على الأسباب المذكورة ألا تتوفر فيها أية نشاطات بحث إمبيريقية. حتى أن غياب النشاطات البحثية لا ينظر إليه من قبل ممثلي هذا الشكل العلاجي على أنه حالة غير طبيعية. غير أن هذا النقص سرعان ما يتحول إلى فضيحة عندما يتضح ذلك للجميع ويتحول إلى مصيبة في "السوق النفسية".

وهذا ما قد بدأ الآن تحديداً بالظهور وذلك بسبب أن العلاج النفسي يمارس في خط عريض. وتخضع الممارسة المهنية للمعالجين النفسيين لتنظيمات قانونية، وإما أن يتم الاعتراف بالتأهيل أو لا يتم، وتطور صناديق الضمان الصحي معايير لتمويل العلاج النفسي...الخ. ومع التمهين يطرح السؤال عن ضمان الجودة، والمعيار الأساسي لهذا هو نوعية نتيجة الخدمات العلاجية النفسية

(Schulte, in Press). وفي هذا السياق لا يعود بالإمكان تجاهل غياب البراهين أو الإثباتات الموضوعية للتأثير واعتبارها كبوة فارس، وإنما يصبح ضرراً أو عيباً تنافسياً شديداً. وفي الواقع يعتبر ممثلو الأشكال العلاجية المطابقة بالدرجة الأولى أنفسهم بأنهم مظلومون دون وجه حق، إذا ما سألناهم عن غياب البرهان لتأثير طريقتهم. ويدعون أنهم لم يمنحوا فرصاً متكافئة من خلال عدم إدخالهم إلى الجامعة وبالتالي فهم لم يملكوا إمكانية إجراء دراسات علمية للفاعلية. وتخلو هذه الحجج وما يشبهها من أي نوع من الإدراك بأن المعالجين النفسيين الذين لم يهتموا لعقود طويلة بالتأثير الفعلي لعلاجاتهم، ليسوا علماء معترف بهم بسبب كونهم مظلومين بشكل فعلي وإنما لأنهم لم ينتموا في يوم من الأيام للعلاج النفسي العلمي. وعندما لا تتوفر بالنسبة للأشكال العلاجية الموجودة منذ عقود طويلة أية دراسات قاطعة حول الفاعلية، فإن الأمر حينئذ لا يتعلق بإهمال مؤسف ربما يمكن تعويضه، وإنما بمؤشر واضح على أن هذا الشكل من العلاج لا يمكن اعتباره علاجاً نفسياً جاد علمياً، ولن ينتمي بأي شكل من الأشكال- مع كل العلمية- إلى العلاج النفسي الجاد أبداً. وليس من العدل أبداً وضع هذا الشكل إلى جانب الأشكال العلاجية الكبيرة المدروسة بشكل جيد. فمستوى التطور ضمن هذه الأشكال العلاجية التي ينبغي أخذها علمياً على مأخذ الجد، قد خطى خطوات كبيرة جداً، أكبر بكثير مما يسمح أو يمكن وبغض النظر عن مستوى المعرفة الممثل فيها من وضع أي شكل من الأشكال العلاجية القائمة على المستوى العلمي نفسه معها. فمثل هذه الموازاة أو المساواة يفترض لها بالضرورة أن تترافق مع الاعتراف أو القبول بمستوى المعرفة المحقق في الجانب الآخر وبالتالي فإن الشكل المعني من العلاج سوف يتشتت أو يتحلل في وضعه الراهن. فإذا ما تضمنت الأشكال العلاجية المقيمة بعدم الجدية علمياً عناصر ذات قيمة، غير موجودة في الأشكال العلاجية المعترف بها علمياً، فإنه لا يمكن وضع هذه العناصر في الوعاء العام للعلاج النفسي إلا على أساس هذه المعالجات المعترف بها. ومن الأرجح أن مواصلة التطوير و الإضافة إلى الأشكال التي أثبتت صلاحيتها لن يتم إلا على الأساس الذي تقوم عليه هذه الطرق وليس بشكل مستقل عنها. ولقد ولى إلى الأبد عصر طليعيي العلاج النفسي، الذي تصرف فيه مؤسسو المدارس العلاجية بالشعور بفتح أرض جديدة غير متنازع عليها و أنهم يستطيعون نشر قانونهم الخاص عليها. لقد خطت "عملية الحضارة" (أو حتى عملية التمهين Professionalization) إلى درجة أنه لم يعد يوجد مكان شرعي خارج الحضارة. ولا يمكن لممثلي العلاج غير العلمي أن يتوقعوا أن تعطى لهم أرض مستملكة. وعليهم الاندماج في العلاج النفسي المعترف به علمياً، وإلا سوف تصبح أرضهم أضيق فأضيق وسوف ينطفئون في النهاية.

فما هي الأشكال العلاجية التي يمكن اعتبارها وفق هذه المعايير جادة علمياً، وأيتها هي الأشكال العلاجية التي لا تتوفر حولها أية دراسات قاطعة حول الفاعلية؟ الإجابة عن ذلك يمكن أن تكون مختصرة جداً: إنها كل الأشكال

العلاجية التي لا تتوفر حولها تقارير دراسات. وهذه الأشكال العلاجية لم نتطرق إلى ذكرها. أما الأشكال العلاجية التي تتضمن على الأقل دراسة مضبوطة واحدة حول الفاعلية فقد عرضناها. أما الأشكال العلاجية التي لا تتوفر حولها أية دراسة حول اختبار الفاعلية فلم نقم بذكرها. ومن هنا فإنه يمكن اعتبار كل الطرق العلاجية المذكورة بأنها تتضمن درجة من العلمية أعلى من غير المذكورة، حتى وإن كان الفرق بين الأشكال الأولى والثانية في بعض الحالات في حده الأدنى.

إنه لمن الصعب عرض قائمة كاملة من الأشكال العلاجية التي لا تتوفر حولها دراسات، إذ لابد هنا من توفر قائمة جامعة ومتفق عليها للأشكال العلاجية المتوفرة وهذا ما لا يتوفر لدينا. ومن هنا فسوف نذكر فيما يلي الأشكال العلاجية الأكثر شهرة المعروضة في كتاب كورسيني (Corsini,1983) بعنوان العلاج النفسي ونكملها ببعض الأشكال التي نعتقد بأنها غير موجودة هناك.

لا يوجد بالنسبة للأشكال العلاجية التالية حتى الآن أية دراسة قاطعة حول فاعليتها وبالتالي يغيب المعيار الأدنى الذي يجيز لنا الحديث عن شكل علاجي مؤسس علمياً:

- العلاج الواقعي Actualizationstherapy، العلاج النفسي بالطاقة المائية Aqua-Energetic Psychotherapy، العلاج التشجيعي Encouragement-Therapy، العلاج النفسي الوظيفي Functional Psychotherapy، العلاج وفق كارل غوستاف يونغ، العلاج التراتبي المأزقي Impasse-Priority-Therapy، العلاج بالتحدي Confrontative Therapy، علاج اللوغو Logotherapy، الاتجاه السائد Mainstreaming، علاج الحاجة المتبادلة Mutual-Need-Therapy، علاج نايخان Naikan-Therapy، البرمجة اللسانية العصبية Neurolinguistical Programization (NLP)، عملية الهوية الجديدة New-Identity- Process، علاج الأورغون Orgon-Therapy، العلاج بالشعر Poesy-Therapy، علاج العلاقة الأولية Primary Relationtherapy، العلاج الأولي Primary Therapy، العلاج الاستفزازي Provocative Therapy، العلاج بالتوهم النفسي Psychimaginationstherapy، السيكوليزيا Psycholyse، التوليف النفسي Psychosynthesis، الولادة الجديدة Rebirthing، العلاج الإحيائي Recall-Therapy، العلاج السموي Transcendencetherapy، علاج العملية Z-علاج العلاقة Z-Process-Realtionstgerapy.

وقد يستطيع القارئ نفسه إكمال هذه القائمة ببعض الأسماء الساحرة قليلاً أو كثيراً، فنحن لا ندعي الكمال هنا.

وبالقرب كثيراً من هذه الأشكال العلاجية توجد مبادئ علاجية مازالت حتى الآن غير مختبرة كمياً وكيفياً بشكل كامل أو أن نتائج هذا الاختبار غير مقنعة أو كليهما معاً. ومن ضمن هذه المبادئ العلاجية:

-التحليل الوجودي Daseinanalysis، العلاج الحيوي البيولوجي Bioenergetical Therapy، العلاج التصوري Catathymical Pictureexperience، العلاج الفردي وفق آدلر وتحليل التفاعل (TA) Transactionanalysis.

كما وما زالت براهين الفاعلية للعلاج بالرقص والعلاج بالفن حتى اليوم ضعيفة. أما البراهين الإمبيريقية بالنسبة للعلاج بالموسيقى فهي أفضل إلى حد ما، غير أن هذه الدلائل ما زالت غير كافية للبرهان المبني على أساس علمي.علماً أنه لابد من الإشارة هنا إلى أن عدد من باحثي العلاج النفسي المشهورين قد بدؤوا يهتمون بالعلاج بالموسيقى الأمر الذي يبشر ببدء نشاطات بحثية حيوية في هذا المجال. غير أنه على أية حال لا يمكن وضع هذه المجالات العلاجية الثلاثة على الدرجة نفسها مع الأشكال العلاجية الكبيرة المعترف بها علمياً. ويمكن اعتبارها مداخل خاصة إنما ليست بديلة عن الطرق العلاجية المبرهنة الأخرى وإنما متممة لها لها. وكان الأمر سيغدو غير مبرر أبداً وفق مستوى المعرفة الراهن أن تتم معالجة مريض ما بالموسيقى أو بالفن بدلاً من العلاج النفسي بالمحادثة (المتمركز حول المتعالج) أو العلاج السلوكي. إذ لا يجوز طرح الفاعلية بالنسبة للأشكال الثلاثة المذكورة أعلاه (العلاج بالموسيقى والفن و الرقص) إلا من قبل معالجين نفسيين مؤهلين تأهيلاً عريضاً، ولا يجوز استخدامها كذلك إلا بشكل إضافي للطرق العلاجية المبرهنة أو بعد استنزاف الإمكانات العلاجية للطرق العلاجية المبرهنة. كما وأنه من غير المناسب أبداً اعتبار التأهيل العلاجي في هذه الأشكال وحده كافياً لممارسة العمل العلاجي النفسي. فهذه الأشكال العلاجية تعتبر وفق الوضع العلمي الراهن تأهيلاً إضافياً للتأهيل في الأشكال العلاجية الأخرى ذات المجال الواسع.

كما وينطبق هذا بطريقة أخرى إلى حد ما على السيكودراما. فعلى الرغم من وجود براهين فاعلية بالنسبة للسيكودراما أكثر إقناعاً إلى حد ما من الأشكال العلاجية المذكورة حتى الآن، إلاّ أن هذه البراهين تقوم على اعتبار السيكودراما علاجاً إضافياً في إطار علاج مركزي. فالسيكودراما لا يمكن اعتبارها علاجاً كافياً بحد ذاته، وإنما تقنية يمتلكها معالجون نفسيون في إطار علاجهم مؤهلون تأهيلاً عريضاً.

وما يشبه ذلك ينطبق على مجموعة أخرى من الأساليب،تلك التي يتوفر حول فاعليتها براهين كافية من جهة ومقنعة جداً من ناحية أخرى، إلا أنها تمتلك مجالاً محدوداً جداً من الاستخدام والفاعلية، وبالتالي لا يمكن اعتبارها طرقاً نفسية علاجية كافية بحد ذاتها. وهذه الطرق هي الأساليب الاسترخائية المتمثلة في الاسترخاء التصاعدي Progressive Relaxation لياكبسون Jacobson (الذي يعد من أوسع مجالات الاستخدام المختبرة وبراهين فاعليته من أكثر البراهين إقناعاً)، والاسترخاء الذاتي Autogene Training (الذي ما زالت براهين فاعليته أقل إقناعاً بشكل عام، والذي يملك من جهة أخرى براهين فاعلية متزايدة الإيجابية)، وتقنيات التأمل Meditationstechnique كاليوغا، و أخيراً العلاج

التنويمي والاستخدام العلاجي للتنويم الذي أثبت صلاحيته في مجالات عدة من الاستخدام، ولكن الذي يشبه تقنيات الاسترخاء من ناحية عدم اعتباره شكلاً علاجياً نهائياً بحد ذاته بعد ، والذي يجعل التمكن منه معالجاً نفسياً كامل التأهيل..

1.5.2. العـ ـ ـ ـ ـلاج الغشطالطـ ـ ـ ـ ـ ـ ـ ـي

يمكن تصنيف العلاج الغشطالطي من الأساليب العلاجية الموجودة حالياً في طور الانتقال إلى الأساليب المبنية علمياً. فما يزال هناك القليل جداً من الدراسات المضبوطة حول فاعلية العلاج الغشطالطي، من أجل التمكن من تصنيفه كأسلوب علاجي مختبر كفاية. غير أن الدراسات القليلة المتوفرة تتيح استنتاج وجود فاعلية جيدة ومجال استخدام واسع نسبياً. كما ويؤيد فاعلية الطرق العلاجية الغشطالطية نتيجة من تحليل بعدي لأورلنسكي وغراوه وباركس (تحت الطبع). ففي هذه الدراسة ظهر أن متغيرة العملية التي تسمى "المواجهة الخبراتيةexperiential confrontation " تمتلك تأثيراً علاجياً مؤكداً بشكل جيد جداً، وأن كثير من التقنيات العلاجية الغشطالطية تقوم بشكل أساسي على تنشيط هذا العامل من التأثير. وقد أتى جزء من النتائج حول عامل التأثير هذا من الدراسات العلاجية الغشطالطية أيضاً.فالنتائج الراهنة تؤيد إذاً وجود تأثير جيد للعلاج الغشطالطي أكثر مما تنفي ذلك. غير أن مقدار الدراسات المتوفرة قليل جداً ونوعيتها ضئيلة ومجال التأثير غير موضح بشكل كبير، كي نصنف العلاج الغشطالطي دون تحفظ كأسلوب علاجي مؤسس علمياً. وقد يكون من السهل علينا ضمن علاج نفسي عام من دون تقييدات مدرسية، كما سنوضحه في الفصل الأخير، إعطاء أهمية للتقنيات المطورة ضمن العلاج الغشطالطي؛ ولكن إذا ما أخذناها كأسلوب علاجي بحد ذاته فلا يمكن في الوقت الراهن وضعها على الدرجة نفسها مع المعالجة النفسية التحليلية والمعالجة النفسية بالمحادثة والأساليب العلاجية الاستعرافية المؤسسة في علم النفس الإمبيريقي نظراً لإثباتها العلمي.

2.5.2. العـــــــلاج الزوجـــــــــي والأســــــــري

يعتبر العلاج الزوجي والأسري ذو التوجه المنظومي من الطرق العلاجية المدروسة بشكل أفضل من العلاج الغشطالطي. ولكنها ما زالت غير مدروسة بشكل كاف. لقد ضمنا هذا الشكل العلاجي في تقرير بحثنا وصنفناه ضمن الفئة التصنيفية للمعالجات البين شخصية، لأن الأمر يتعلق فيه بالدرجة الأولى باستخدام الإمكانات التشخيصية والعلاجية الخاصة بالأطر الأخرى وبالدرجة الثانية بالظلال النظرية داخل المبدأ البين شخصي المشترك هذا. فحتى ضمن العلاج المنظومي بالمعنى الضيق يوجد الكثير من المبادئ الفرعية ساتير مينوخين و هيلي وسيليفين...الخ (Satir, Minuchin, Haley, Selivini etc إلى درجة أنه من غير المعقول مناقشتها كلها على اعتبارها أشكالاً علاجية موحدة. وكما أن كل واحد منها غير مبحوث بشكل كاف أيضاً. ومن هنا فإنه من المناسب أكثر، الحديث عن العلاج الزوجي والأسري من دون اعتبار هذه التمايزات النظرية سمة فصل. وبالتالي ينجم عن ذلك معبراً مطاطاً باتجاه العلاج

الزوجي والأسري ذي الاتجاه العلاجي السلوكي، والذي لايبدي من حيث الإجراء تشابهات كبيرة فحسب (التمركز على المشكلة وعلى الحاضر، والتدخلات المباشرة، المخططة)، وإنما يبدي أيضاً مفاهيمياً تقاطعات شديدة من خلال باحثين مثل هيليHaley. وتتقاسم المعالجات الزوجية والأسرية كلها المنظور الفوق فردي ويوجد حالياً دلائل مبرهنة إمبيريقياً بشكل كاف على أن المفاهيم أو التصورات المتعلقة بسمات المنظومة العليا، على نحو تشكيل الائتلاف Coalityformation أو نموذج الشبكة الدائرية Circumplex-Model لأولسون وسبرينكل وروسيل (Olson, Sprenkle & Russel,1979) تمتلك قيمة تفسيرية لنشوء الأعراض النفسية المرضية لدى أفراد هذه المنظومة (راجع حول هذا الأمر بشكل عام فوربرنغر-لينهارد Fürbringer-Linhard,1992). كما ولا يزال يوجد مؤخراً بشكل خاص القليل من الدراسات التي تبرهن على أن التدخلات الموجهة نحو تعديل خصائص مثل هذه المنظومة تحدث التأثير الذي يفترض لها أن تحدثه بالفعل وأنها يمكنها في تأثيراتها أن تختلف عن طرق التأثير الفردية بشكل أكبر فائدة (Szapocznik et al.,1989) أو أنها تحقق التأثيرات نفسها من الشدة التي تحدثها طرق التأثير المتمركزة على الفرد.

فإذا ما تناولنا كل الدراسات حول العلاج الزوجي والأسري بمجموعها، فإنه يمكن حينئذ اعتبار المعالجات التي تهدف إلى تعديل البارامترات (المعلميات) الفوق فردية للمنظومة من أجل التأثير بهذا على حالة أفراد المنظومة منفردين، بأنها علاجات مدروسة بشكل جيد وإدخالها ضمن وضع التدخلات العلاجية المؤسسة علمياً. علماً أن العلاج الزوجي والأسري يستفيد بشدة في هذا التقييم من النشاطات البحثية الصادرة عن المعالجين السلوكيين. ويبدي المبدأ ذو الاتجاه المنظومي بالمعنى الضيق من خلال نشاطات كثير من باحثيه بوضوح بعضاً من السمات التي تم وصفها أعلاه بأنها غير علمية. ومن بينها بشكل خاص عدم تقبل المعرفة المؤكدة التي تم تحقيقها في علم النفس و العلاج النفسي عموماً حول الاضطرابات النفسية وإمكانات التأثير فيها. وتبدي مراجع المؤلفين ذوي التوجه المنظومي -وليس فقط مراجعهم على ما يبدو- بشكل منتظم تقريباً ثغرات مربكة وبالتالي غير قابلة للتطابق مع المبادئ العلمية.

إذاً و حتى مع التقييدات المذكورة فإنه يمكن اعتبار العلاج الزوجي والأسري مبدأً علاجياً مؤسساً علمياً، غير أن هذا لا يعني أنه يمكن اعتبار التأهيل في العلاج الزوجي والأسري تأهيلاً علاجياً كافياً. فحتى المعالجيين الزوجيين والأسريين يتعاملون مع الأفراد، و غالباً جداً ما يجدون أنفسهم في موقف فردي. والتأهيل العلاجي الذي لايعد وفق مستوى المعرفة المؤكدة من أجل الاستغلال المنهجي للإمكانات العلاجية الفردية والذي يرفض المعارف بالتدخلات المتعلقة بالاضطرابات غير المستندة إلى الموقف الزوجي أو الأسري، لا يمكن اعتباره تأهيلاً علاجياً كاملاً. أما داخل العلاج النفسي العام فإنه بإمكان تصورات وطرق التدخل العلاجية الزوجية والأسرية أن تقدم إسهاماً جوهرياً جداً لا يمكن الاستغناء عنه

3.5.2. العــــــلاج التحليلـــــــــي

يعتبر العلاج النفسي التحليلي علاجاً مؤسساً علمياً. ونظراً لأنه يشكل أقدم شكل من العلاج النفسي فإن عدد دراسات الفاعلية ليس كبيراً بشكل مذهل، وعلى الرغم من ذلك يتوفر منها ما يكفي من أجل إطلاق حكم على مجالات التطبيق التي يمكن فيها اعتبار فاعلية العلاج النفسي التحليلي مؤكدة والمجالات التي لا يمكن فيها ذلك. يؤثر العلاج النفسي التحليلي بفاعلية على المشكلات الرئيسية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات عصابية في الخبرة و على المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية بشكل خاص، ويحقق تأثيراً أفضل لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات أقرب للخفيفة. كما وأنه يحقق تحسينات دالة للمرضى الذهانيين في الإطار العلاجي المركزي أما تأثيراته الإيجابية خارج إطار العرض Symptomatic الفعلي فإنها قليلة بشكل مبرهن. وبشكل عام لا يقود العلاج التحليلي إلى تحسن واضح للحالة الصحية العامة للمريض إلا فيما ندر. أما مع المرضى النفس-جسديين فلم يتم تحقيق أي تأثيرات إيجابية. وفاعليته مع المرضى المكتئبين و المرضى باضطرابات القلق أقل بشكل واضح من فاعلية العلاج السلوكي. ويعتبر العلاج التحليلي المختصر من المعالجات التحليلية المدروسة بشكل جيد نسبياً ، الذي ظهر بأنه - على سبيل المفاجأة - أنه يملك تأثيراً ضعيفاً.

فإذا ما كان لابد من اعتبار العلاج النفسي التحليلي أسلوباً علاجياً مؤسساً علمياً على الرغم من المحصلة غير الضخمة للفاعلية، فلابد وأن يرجع ذلك بصورة خاصة إلى أن مجال الدراسات الإمبيريقية حول العلاج النفسي التحليلي يمتد لأبعد من مجرد دراسات الفاعلية. فقد أثار المبدأ العلاجي التحليلي كثير جداً من الأسئلة، التي تمت معالجتها بطرق البحث الإمبيريقية أيضاً وقادت إلى كم هائل من النتائج الإمبيريقية. ويمكن للراغب في الإطلاع العودة إلى مراجعات لوبورسكي وسبينس (Luborsky & Spence ,1978) و ستروب وآخرين (تحت الطبع Strop et al.). ويستند جزء كبير من النتائج الإمبيريقية حول علاقات - العملية إلى المعالجات التحليلية. كما ويرجع جزء كبير من المبادئ المبتكرة أو التجديدية innovative لأبحاث العملية العلاجية النفسية إلى العلاج النفسي التحليلي (Dahl, Kن chele & Thomن,1988). ويشكل باحثوا العلاج النفسي التحليلي غالبية أعضاء جمعية أبحاث العلاج النفسي ذات التوجه الإمبيريقي" Society for Psychotherapy Research" ويملك باحثون تحليليون من أمثال لوبورسكي و ستروب تأثيراً حاسماً على أبحاث العلاج النفسي. كما وأن اثنين من أضخم مشاريع البحث تكلفة و رقياً في مجال العلاج النفسي، الأول تحت عنوان Cambridige-Somerville-Youth-Study أجراها كل من باويرز وفيتمر (Powers & Witmer,1951) و الثانية بعنوان Menninger- Studie لفاليرشتاين (Walerstein,1986,1989) قد تم تنفيذهما من قبل باحثين ذوي توجه تحليلي.

وتنشر الأبحاث المنجزة بتأثير تحليلي أو من محللين نفسيين في مجلات تخصصية عامة مشهورة، أي بمجلات غير متوجهة مدرسياً. والعمل النظري والإمبيريقي للمحللين النفسيين يتكامل بشكل كامل مع النقاش العلمي العام في مجال العلاج النفسي.

لقد كانت وما زالت هناك محاولات تسعى لمطابقة التحليل النفسي مع علم النفس الإمبيريقي مع بعضهما وجعلهما يغنيان بعضهما بعضاً بدءاً من دولارد وميللر (1950) مروراً بفاختل (Wachtel,1977) حتى بارون وإيغله و فوليتسكي(Barron, Eagle & Woliizky,1992).

ومع كل هذه السمات العلمية الإيجابية للنوعية لابد لنا وأن نسأل، كيف حصل وظهرت حصيلة متواضعة من دلائل التأثير. لقد كنا في البداية مرتبكين بهذه النتيجة جداً، وقمنا بالاختبار الدقيق لمسألة فيما إذا كانت هذه الصورة المشوهة قد نشأت عن أنه قد تم تحليل المعالجات النفسية التحليلية في دراساتنا التي أجريناها بطرق اختبار غير ملائمة أو حتى مجحفة. غير أن هذا لم يكن وارداً في غالبية الدراسات ومن هنا فإن ذلك لا يستطيع عموماً أن يفسر لنا الفاعلية المخيبة.

ونعتقد اليوم بناء على عدد كبير من الدلائل، بأن الفجوة بين العلمية التي ينبغي لنا الحكم من خلالها على العلاج النفسي التحليلي وبين الفاعلية الموضوعية للمعالجات التحليلية النفسية يكمن بشكل أساسي في تأهيل المحللين النفسيين أنفسهم. إذ لا يوجد أي ارتباط بين نتائج البحث والتأهيل التحليلي. ولايتم التطرق بشكل عام لمحتويات التأهيل و طرقه من قبل نتائج البحث. وبما أنه لا يتم في التأهيل أخذ النتائج التي تم التوصل إليها في البحث بعين الاعتبار، فإن المعرفة المتوفرة لا تصب مبدئياً في الممارسة العلاجية إلاّ بشكل ضئيل جداً. ولعل السبب الرئيسي لهذا يرجع إلى بنية نظام التأهيل. فالتأهيل غالباً ما يوجد خارج الجامعة في السيمينارات النفسية التحليلية التي لا يلعب فيها المحللون النفسيون الناشطون علمياً دوراً مؤثراً. ويتحدد التأهيل من خلال التصورات التقليدية ولا يتم إخضاعه نفسه إلى الاختبارات العلمية النقدية. حتى أنه يسود توجه مدرسي واضح في التأهيل، يترافق مع كثير من الممارسات المذكورة سابقاً من حجب المعلومات، والتواصل التناسلي والتقويم المبرهن لذاته للمعلومات وتمثلها...الخ. وهنا يمكن للمراجع الإمبيريقية أن تمتلئ أكثر بدلائل على التعديل الملح جداً لمحتويات التأهيل وطرقه، غير أن هذه المعلومات سوف تصطدم بالبنى الموجهة. ومن هنا فإن العلاج النفسي التحليلي لا يملك فاعلية أفضل لأن المحللين النفسيين غير مؤهلين لإجراء معالجات فاعلة. وهناك دلائل كفاية حول الكيفية التي يمكن من خلالها رفع فاعلية المعالجات التحليلية النفسية، غير أنه لا يتم تحويلها إلى كفاءات عملية لازمة.

وعلى ما يبدو فإنه لابد من قيام ضغط منافسة شديد من أجل الدفع نحو إجراء التصحيحات اللازمة منذ مدة في التأهيل النفسي التحليلي. وضغط

المنافسه هذا يزداد باستمرار، اليوم من العلاج السلوكي بشكل خاص، ويحتمل غداً أن يأتي من العلاج النفسي العام الممكن. ويحق لنا أن نكون متلهفين لمعرفة كم سيطول صمود معقل التأهيل التحليلي النفسي أمام هذا الضغط بعد.

أما فيما يتعلق بعرض ومرونة الأسلوب العلاجي فإن الممارسة التحليلية العلاجية الرائجة حالياً لا تتناسب مع مستوى العصر. فقد أثبتت نتائج البحث أن كثيراً مما كان سيساعد المرضى لا يتم تحقيقه بانتظام. فالمعرفة المتوفرة في الواقع حول هذا الموضوع لا يتم تبادلها. ومن هنا فإن الممارسة التحليلية النفسية الشائعة أقل علمية من المبدأ التحليلي النفسي كمبدأ. وتظهر النتائج المتوفرة حول ذلك ضرورة القيام بتعديل كبير لنظرية التعديل التحليلية، التي يمكن اعتبارها في كثير من الجوانب مدحوضة. غير أن هذه التعديلات تعد المجرى الطبيعي للعلم وليس سبباً لإنكار العلمية عن المبدأ العلاجي التحليلي. فإذا ما لم تعد الوقائع متناسبة مع الفرضيات القائمة حتى الآن فإن الاستعداد للقيام بالتعديلات اللازمة للنظريات يعتبر من إحدى الفضائل العلمية المهمة. وقد آن الأوان لممارسة هذه الفضيلة.

4.5.2. المعالجة النفسية بالمحادثة (العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج)

يمكن اعتبار فاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة مبرهنة بشكل جيد جداً. فدائماً تقريباً عندما تم في دراسة ما إجراء قياسات للأعراض الرئيسية وللإحساس العام تم استنتاج وجود تحسن دال في هذه المجالات. وغالباً ما ظهرت تعديلات إيجابية في مجال الشخصية وفي المجال البين إنساني. وهنا امتدت الدراسات عبر مجال استخدام واسع نسبياً. ويتم تدعيم الوضع العلمي للمعالجة النفسية بالمحادثة بشكل إضافي من خلال وجود دراسات كثيرة جداً حول الكيفية التي تترابط فيها بالفعل عوامل تأثير معينة، مفترضة نظرياً في العلاج النفسي بالمحادثة، مع نجاح العلاج. وفي الواقع فإن الحقيقة القائلة: إن النتائج التي تم إيجادها هنا تبرهن أن بعض المتغيرات لا تمتلك موضوعياً الأهمية التي أولاها إياها روجرز بالأصل، وإنها لا تستطيع أن تفسر كفاية تأثيرات العلاج النفسي بالمحادثة إلى مدى كبير، لا تقوض علمية العلاج النفسي بالمحادثة أبداً، إذ أنه أخيراً تمارس أبحاث إمبيريقية لاختبار صحة الفرضيات المطروحة و من أجل تحقيق كسب معرفي، وليس من أجل إثبات ما يعتقد الإنسان أنه يعرفه فقط.

ولا يقتصر مجال استخدام العلاج النفسي بالمحادثة على مجموعات اضطرابات محددة، وإنما أثبتت صلاحيته في مجموعات كلية من المشكلات. فهو إذاً أسلوب قابل للاستخدام في مجال واسع. غير أنه هناك دلائل تشير إلى أن العلاج النفسي بالمحادثة لا يلائم المرضى كلهم. فعلى المرضى أن يحققوا شروطاً بين إنسانية معينة مسبقاً، كي يمكنهم الاستفادة من العلاج النفسي بالمحادثة. ويبدو أن المرضى الذين يعانون من مخاوف اجتماعية شديدة،

والمرضى الذين يمتلكون رغبات واضحة بالتوجيه و الانقياد يعانون من صعوبات مع العرض العلاجي النفسي المتمركز حول المتعالج. ومن أجل مساعدة مثل هؤلاء المرضى غير القلائل بالأصل بفاعلية لابد للمعالج النفسي أن يمتلك ذخيرة أوسع من إطار الأسلوب العلاجي النفسي بالمحادثة.

وبالنسبة لتقدير عوامل التأثير التي ينشطها العلاج النفسي بالمحادثة فإن الحقيقة القائلة أن تأثيرات التدخلات العلاجية السلوكية عادة ما تكون أكبر من تأثيرات العلاج النفسي بالمحادثة لا يستهان بها. فهناك عوامل تأثير كثيرة كامنة، لايتم تنشيطها على ما يبدو في العلاج النفسي بالمحادثة بالدرجة نفسها التي يتم تنشيطها فيها من خلال التدخلات العلاجية السلوكية. والمعالجون النفسيون بالمحادثة المقتصرون في تأهيلهم على الأسلوب العلاجي بالمحادثة فقط، لا يستثمرون بهذا عوامل التأثير كلها، التي يمكن لها أن تساعد مرضاهم. أما حقيقة أن معارف التعديل الغنية الخاصة بالاضطرابات التي حققَت في السنوات الأخيرة في العلاج النفسي غير ممثلة بشكل كاف في العلاج النفسي بالمحادثة، فهي غير متفقة مع المبادئ العلمية. فإذا ما وجد أنه يمكن معالجة اضطرابات معينة بفاعلية من خلال تدخلات معينة خاصة بالاضطراب، فسوف يشكل هذا عندئذ معرفة تعني جميع المعالجين النفسيين و يفترض للمعالجين كلهم أن يستغلوا هذه المعرفة في معالجة مرضاهم. أما إذا اعتبر المرء أن مثل هذه المعرفة "خاصة بالمعالجين السلوكيين مثلاً"، فإنه عندئذ يكون قد فقد حقه في الادعاء بأنه معالج نفسي ذو توجه علمي. إن إنكار الوقائع المبرهنة حول إمكانات جديدة ومحسنة من المعالجة التي تستند إلى مرضى يشبهون المرضى الذين يعالجهم المرء نفسه، ليس أمراً غير علمي فحسب وإنما يعبر عن فهم مهني مثير للشك. أما أن كون كثير من المعالجين النفسيين في الوقت الحاضر من جميع الاتجاهات الممكنة يقومون بذلك فلا يشكل ذلك كبوة فارس بل يشير بإلحاح إلى مدى الضرورة التي لابد فيها للمعالجين النفسيين أن يطوروا على مستوى أوسع فهماً جديداً، علمياً و مهنياً لأنفسهم.

وتظهر صورة العلاج النفسي بالمحادثة في الوقت الراهن غير موحدة. فهناك اتجاه إيديولوجي شديد يدعو إلى "العودة إلى الجذور"، التي لا تختلف في أي شيء عن المحتويات الخاصة للطوائف العلاجية الأخرى. وهذا التوجه المدرسي يتجلى بشكل ملموس جداً في مناهج التأهيل الرسمية، التي لا تتضمن ذخيرة أشكال التأثير المتعلقة بالاضطرابات وأشكال التأثير الأخرى المتجهة نحو التغلب على المشكلات، والتي أثبتت صلاحيتها إمبيريقياً. ومع هذه التعمية لإمكانات التدخل العلاجية الأخرى المهمة بالذات يتصرف المعالجون النفسيون بالمحادثة بعكس التصورات التي كان يمتلكها مؤسس العلاج النفسي بالمحادثة، كارل روجرز حول مستقبل العلاج النفسي بالمحادثة. إذ يقول :"إلى أين يقود هذا البحث؟ وما هو هدفه النهائي؟ تتمثل غايته بشكل خاص بالإسهام في الموت

التدريجي "لمدارس" العلاج النفسي المختلفة بما في ذلك العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج، وذلك من خلال تراكم المعرفة المختبرة موضوعياً. وبمقدار ما نستطيع الوصول إلى معارف متينة حول الشروط التي تسهل حصول التعديلات العلاجية، وحول طبيعة العملية العلاجية وما هي الشروط التي تعيقها أو تكفها .

وما هي النتائج المميزة التي يبديها العلاج استناداً إلى تعديلات الشخصية والسلوك، بمقدار ما تفقد الصياغات العقائدية والنظرية الخالصة أهميتها"(Rogers,1951\1973,P.264). وليست فقط هذه الكلمات لكارل روجرز فحسب التي يتمنى المرء أن يصغي إليها كثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة، وإنما الحديث التالي أيضاً لراينهارد تاوش Reinhard Tausch، طليعي المعالجة النفسية بالمحادثة بالنسبة للمحيط الناطق بالألمانية، الذي عبر عنه في مقابلة أجريت معه: "يمكن التخفيف من التضررات التي تلحق بالمتعالجين بشكل مقبول بطرق مختلفة - كما نعرف اليوم-. ومن هنا فإن الأسلوب المتمركز على المتعالج يعني اليوم بالنسبة لي إجراء متعدد الطرق، أي توليف للعروض العلاجية المختلفة التي أثبتت صلاحيتها. إني أشعر بواجبي في استخدام كل ماهو مختبر علمياً وكل ما هو واضح من المعارف النظرية الأساسية العامة. فنحن نملك تنوعاً كبيراً من الإمكانات، على نحو الاسترخاء العضلي وفق ياكوبسون واسترخاء التنفس (التأمل وفق بينسونBenson)، والاسترخاء الذاتي - وكل هذه الأساليب قد اختبر تأثيرها بشكل كبير، وتشبه نتائجها إلى حد ما نتائج المحادثات العلاجية، عدا عن ذلك نمتلك إمكانات جيدة مختبرة حول تخفيض الإرهاق أو الإمكانات الكبيرة للعلاج السلوكي. وكثيراً ما ترفض هذه الأساليب على الرغم من أنه قد أثبت أكثر من مرة بأن الاسترخاء الجسدي مثلاً يؤثر بشكل ملائم على الحالة النفسية والاستعرافات والسلوك" (Taysch, 1991, P. 32).

فهذان الممثلان المهمان للمعالجة النفسية بالمحادثة يناديان بالذات ما نراه نتيجة لازمة بناء على مستوى نتائج أبحاث العلاج النفسي: أي بعلاج نفسي عام غير مرتبط بالمدرسية. ونرغب بتأكيد ذلك لأولئك الذين يرون في استنتاجاتنا التي نستخلصها من نتائجنا هجوماً على العلاج النفسي بالمحادثة.

ومن حسن الحظ يوجد داخل العلاج النفسي بالمحادثة اتجاه علمي مع مبادئ جديدة واعدة جداً على نحو "العلاج النفسي بالمحادثة المتمركز حول الهدف "Goloriented Conversationspsychotherapy لزاكسة (Sachse,1992) أو "العلاج النفسي التفريقي بالمحادثة Differential ConversationsPsychotherapy " لتشويلاين Tscheulin,1992) ، اللذين يذهبان بالضبط في الاتجاه الذي تطمح إليه مقولات روجرز وتاوش التي اقتبسناها. وتطورهما المفاهيمي وأعمالهما الإمبيريقية متصلة بالتطورات في علم النفس وأبحاث العلاج النفسي، وتفتح للعلاج النفسي بالمحادثة طريقاً نحو المستقبل كجزء من العلاج النفسي العام.

إن الحقيقة القائلة: إن مجرد المحادثات من النوع الذي تحدث فيه في العلاج النفسي بالمحادثة التقليدي يمكنها أن تحدث تأثيرات مهمة في صورة الحالة النفسية المرضية وفي الحالة العامة ككل لدى مرضى يعانون من اضطرابات شديدة ضمن مدد زمنية قصيرة نسبياً، عليها أن تدفع بعض المعالجين للتأمل. إذ لا يحتمل لا بالنسبة للمحللين النفسيين ولا للمعالجين السلوكيين ولا للمعالجين المنظوميين أن يكون من السهل تفسير هذا من خلال مفاهيمهم الرائجة. ومن هذه الناحية تشكل الفاعلية الجيدة للمعالجة النفسية بالمحادثة واقعة متَحدية لبناء النظرية في مجال العلاج النفسي.

5.5.2. العـــــــلاج الاستعرافــــــــي السلوكــــــــــي

تعتبر فاعلية العلاج السلوكي الاستعرافي من أفضل الأساليب دراسة و إثباتاً. فأكثر من نصف الدراسات العلاجية العيادية ككل درست أساليب من الطيف الاستعرافي السلوكي، وبالنسبة لكثير من الأساليب المنفردة وللمعالجات التي ولفت فيها هذه الأساليب تم استنتاج وجود فاعلية موثوقة. وينطبق هذا على المواجهة بالمثير في المخاوف والقسر والمعالجة الاستعرافية في الاكتئابات والمخاوف وتدريب الكفاءات الاجتماعية في كل الاضطرابات الممكنة للسلوك البين إنساني، ومعالجات حل المشكلات وأساليب التغلب الاستعرافية في المشكلات من أنواع مختلفة، والعلاج الجنسي في اضطرابات القدرة الجنسية واضطرابات النشوة وأشياء أخرى كثيرة، وكذلك بالنسبة "للعلاج واسع الطيف" لمجموعات من المرضى بصور مختلطة من الاضطرابات. و فاعلية هذه العلاجات غير مبرهنة بشكل مقنع جداً بسبب أنها مدروسة بصورة أكثر كثافة من غيرها من الطرق وفي مجالات أكثر بكثير من الاستخدام فحسب، وإنما لأنها أثبتت فاعليتها بشكل دال في المقارنات المباشرة مع الطرق العلاجية الأخرى.

وفي الواقع فقد انقلب تقييم الاستثمار الاجتماعي الممكن للعلاج النفسي إيجابياً من خلال ظهور علاجات سلوكية استعرافية جديدة جداً بشكل خاص، بالشكل الذي عرض في مدخل هذا الفصل. فالعلاج النفسي يبدو اليوم مختلف كلية عما كان الأمر عليه قبل عشرين سنة. فقد تغير في السنوات العشرين الأخيرة أقوى من السبعين سنة السابقة لذلك. غير أن هذه الحقيقة لم تقتحم بعد حتى الآن لا وعي الجمهور ولا وعي كثير من المعالجين النفسيين. وبمجرد أن يدركوا شيئاً ما من هذا التطور، فإنه سرعان ما ينضوي تحت المدرسة العلاجية "العلاج السلوكي" وبالتالي يشكل هذا شيئاً ما لا يعنيهم أو لا يريدون التعامل معه.

وفي الحقيقة فإن الأمر لا يتعلق هنا بتطور داخل مدرسة علاجية ما، وإنما ببداية تعديل جوهري في العلاج النفسي، سوف يحول صورة تجليه بصورة كاملة. وعملياً فقد نشأت الدراسات البحثية حول فاعلية الأساليب الاستعرافية السلوكية الفاعلة بشكل خاص في العشرين سنة الأخيرة. كما وأن كثير من هذه الأساليب تم

تطويره في سبعينيات هذا القرن. ولا تمتلك أسسها أية علاقة تقريباً مع ما كان وولبي (Wolpe,1985) و آيزينك (Eisenck,1961) قد أطلقا عليه "العلاج السلوكي". إذاً ليس الأمر على نحو أن واحدة من مدارس العلاج القديمة، أي العلاج السلوكي لآيزينك وولبي قد اكتسحت المدارس العلاجية الأخرى، وإنما قد بدأ شيء ما جديد كلية، لم يكن موجوداً في العلاج النفسي أصلاً: أي بدأ بحث مكثف لصور الاضطرابات النوعية، قاب فهم هذه الاضطرابات كلية، وبالتالي أسفر عن إمكانات تدخل جديدة كلية. ويرتبط هذا التطور بشكل وثيق مع التطور المقابل في علم النفس الإمبيريقي، الذي أنجز في هذا الوقت انقلاباً جذرياً في رؤيته للإنسان. ففي السنوات الثلاثين الأخيرة انقلب تصور الإنسان في علم النفس الإمبيريقي وبالتالي في سياق المسائل المدروسة بشكل جذري(Groeben & Scheele,1977). فقد أولي الاهتمام الأكبر إلى ظواهر التوجيه الدافعي والإرادي للذات وما يرتبط بذلك من سيرورات تنظيم انفعالية وظواهر ووظائف اللاشعور مقابل التنظيم الشعوري. وتمت صياغة الارتباط الوثيق لهذه السيرورات في التفاعلات القائمة على البيئة بمفاهيم جديدة كلية نابعة من الرؤيا التي تنامت عبر حوالي مائة سنة من علم النفس الإمبيريقي، والمتمثلة بأن سلوك خبرة الإنسان لا يمكن فهمهما بشكل مناسب لا من خلال التصورات أو المفاهيم البين نفسية Intra-psychic و لا من خلال المفاهيم أو التصورات السلوكية.

إن عدد الدراسات المنجزة في علم النفس الإمبيريقي حول ظاهرة القلق وحدها تبلغ الآلاف. فهل يتوقع بالفعل أن يكون كل ما وجد هنا غير مهم بالنسبة لأولئك الذين يعتبرون أنفسهم مسؤولين رسمياً عن المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق؟ فعندما ينعكس جوهر هذه الأبحاث في طرق جديدة لمعالجة القلق ويظهر حينئذ أن هذه الطرق أكثر فاعلية من أية طريقة علاجية أخرى قائمة حتى الآن لعلاج اضطرابات القلق، أفلا يفترض لهذا أن يجعل كل الذين يتعاملون مع اضطرابات القلق يشعرون بالتشجيع والتقدم، وأن يقودهم إلى تعلم هذه الطريقة الجديدة واستغلالها؟ وهنا يتجلى الشذوذ الكلي للاستبعادات المتمركزة على المدارس في مجال العلاج النفسي، حيث ما يحدث هو العكس تماماً. ولا يرحب غالبية المعالجين النفسيين بمثل هذه التطويرات الجديدة على اعتبارها إغناء لهم وإنما يشعرون بالتهديد من جرائها، ويستجيبون لها بنشبة من آليات الدفاع. الرفض طالما ذلك ممكن؛ وبعد ذلك استراتيجيات دفاع (من خلال أحكام مثل غير مهم عيادياً، طريقة إعداد أو تدريب، استشفاء عرضي سطحي، غير إنسانية، تكنوقراطية..الخ)، تعبر عن استجابات على مستوى النموذج الأولي Stereotype، وليس على شيء تعرف عليه المرء؛ وقام في النهاية باستبعاده (إنه شيء للمعالجين السلوكيين وليس لي). وتعطي حقيقة ومقدار هذا الشكل الموثق من الدفاع نظرة غير مسرة في الفهم المهني للذات عند المعالجين المعنيين. فالأمر لا يتمحور بالدرجة الأولى حول ما يمكن تحقيقه بالنسبة للمتعالجين، وإنما حول الحفاظ على

شيء ما بالنسبة للمعالج: أي فهمهم للعلاج، مفهومهم حول ذاتهم، مركزهم، مكاسب مادية...الخ. وقلما يتم الحديث عن نوعية نتيجة المعالجات في أثناء مناقشات هذه التطورات الجديدة، وهذا أمر مميز. ولعل الفهم المهني للذات لكثير من المعالجين النفسيين يتألف من أنهم يمارسون شكلاً علاجياً معيناً وليس من معالجة المرضى بشكل جيد قدر الإمكان، مهما كان شكل العلاج. وهذا ما يفسر أن غالبية المعالجين النفسيين لا يجرون ضبطاً للمجرى والنجاح لمعالجاتهم. ويمتلك تطبيق الشكل العلاجي المعني قيمة بحد ذاته، بغض النظر عن النتيجة الموضوعية للعلاج. فالنتيجة الجيدة تتحول إلى يقين ذاتي، غير مختبر. أما عندما تكون النتيجة غير مثمرة في الحقيقة، بل وأنه عندما يظهر عند الاختبار الموضوعي بأن النتيجة أسوأ من الأشكال العلاجية الأخرى، عندئذ لن تتم تغطية إجراء هذا الشكل العلاجي من خلال أنه المساعدة الأفضل الممكنة للمرضى. عندئذ سوف يصر المرء على التمسك بهذا الشكل العلاجي على الرغم من أنه يمكن مساعدة المريض بشكل أفضل، أي أنه يهتم بالنوع الخاص للعمل أكثر من نتيجته.

ومن المؤكد أننا لم نقم بصياغة هذا بشكل تجميلي جداً، على أنه يشكل في النهاية وصفاً صائباً لما يحدث في الوقت الراهن في مجال العلاج النفسي، ليس على المستويات الفردية فقط وإنما بشكل جماعي. إن رعاية والتمسك بالمدارس العلاجية لا يمكن أن يتطابق مبدئياً مع الفهم المهني للذات، الذي يستنير بالدرجة الأولى بالنوعية الموضوعية للإنجاز الذاتي. و نظام التأهيل كله المتمركز على المدارس في مجال العلاج النفسي يقوم على رعاية الأشكال العلاجية وليس على نوعية نتيجة العلاج، الذي سيقوم به المعالجين فيما بعد. ولايمكن للتأهيل العلاجي المتمركز على المدارس العلاجية أن يقود إلى استثمار الطاقة الاستثمارية الاجتماعية للعلاج النفسي، فهذا الأمر يقتضي أن يعالج المرضى دائماً بالعلاج الذي أثبت أنه الأفضل بالنسبة لتركيبة مشكلاتهم، وهذا لا يقتضي بالضرورة الشكل نفسه من العلاج. وعلى التأهيلات العلاجية أن توجه المعالجين المستقبليين وتقودهم إلى الاستغلال المنتظم للطيف العلاجي كله من أجل تقديم عرض علاجي مفصل بصورة مثلى على المريض ومشكلاته وظروفه. وطبعاً فإن تحقيق هذا الهدف لا يتم إلا بالتدريج، ولكنه لن يتحقق أبداً من خلال التأهيل العلاجي الراهن المتمركز على المدارس. ويفترض للمعالجين النفسيين كلهم أن يتقبلوا التطورات الجديدة المهمة التي برهنت صلاحيتها، وأن يدمجوها مع ذخيرتهم التي بنوها حتى الآن. ولكن ما يتم في الوقت الراهن هو جعل كل مبدأ علاجي واعد جناحاً لشكل علاجي خاص، يوضع إلى جانب الأشكال العلاجية القائمة مسبقاً إلى أن نصل في النهاية إلى عدد هائل من الأشكال العلاجية. وهذا الأسلوب مستحيل على الإطلاق من منظور المبادئ العلمية. فعندما يربط الاعتراف وتقبل الوقائع الجديدة بقابليتها للتوافق مع الفرضيات القائمة حتى الآن، عندئذ يعيق المرء بشكل منهجي كل تقدم حقيقي للمعرفة. إن المخلوقات التي تعمل بشكل أحادي الجانب وفق مبدأ التمثل

Assimilationsprinciple ولا تملك إلا القليل من الاستعداد أو المقدرة على تكييف بناها وفق المعلومات الجديدة، غير قادرة على البقاء وسوف تنتهي بسرعة كبيرة أو قليلة. وهذا القدر محتوم أيضاً على المدارس العلاجية القائمة اليوم، إذا ما لم تنفتح بشكل جذري على المعلومات الجديدة من الخارج، وإلا لن تكون قادرة على المنافسة مع مجموعات المعالجين المستعدة للتكيف. إن انفتاح المدارس العلاجية على ما تم تحقيقه خارج حدودها سوف يقود بالتحديد إلى ذوبان الحدود بينها ويقود بالتالي إلى ذوبان المدارس نفسها، إذ أن هويتها لا تنبثق من جوهر فرضياتها الإيجابية فحسب وإنما من تحديداتها عن المدارس الأخرى.

إن ضغط التكيف accommodation على المدارس العلاجية يزداد وسوف يستمر بالازدياد، إذ أنه لا يمكن قمع المعلومات المتوفرة إلى ما لانهاية. وقد كان هدفنا العلني هو الإسهام في رفع حدة ضغط التكيف هذا من خلال هذا الكتاب. ونريد أن نوضح من خلال الاستعراض الكلي للتأثيرات الفعلية للأشكال العلاجية المختلفة ما هي مبدئياً الوقائع المؤكدة التي يتم التعامي عنها من قبل المدارس العلاجية. ونأمل بأننا استطعنا بهذا أن نوضح مدى لا عقلانية هذه التعمية وأنه من خلال ذلك تتزايد صعوبة تبريرها للذات وللآخرين.

وضغط التكيف قائم بالنسبة لكل مدرسة علاجية بلا استثناء، وحتى بالنسبة لتلك المدارس التي قد تشعر بالنصر لوقت قصير بناء على النتائج التي قمنا بعرضها. وقد يتشمس المعالجون السلوكيون من مدرسة العلاج السلوكي تحت بريق إثباتات الفاعلية؛ غير أنهم يفعلون طيباً لو اهتموا بالوقائع المتعامين عنها هم أنفسهم حتى الآن ويقومون بتكييف تصوراتهم النظرية.

ومن ضمن ذلك الحقيقة -غير الوحيدة على الإطلاق- القائلة: إنه من أجل تحقيق تأثيرات علاجية واسعة هناك أيضاً إمكانات أخرى غير التدخلات الخاصة بالمشكلات -وأفضل دليل على ذلك هو فاعلية وطريقة تأثير العلاج النفسي بالمحادثة- ومن ناحية أخرى الأهمية المهملة حتى الآن لحدث العلاقة في العلاج النفسي، المبرهنة فاعليته بالدرجة نفسها لفاعلية التأثيرات الاستعرافية السلوكية.

إننا مقتنعون أن مستقبل العلاج النفسي لن يكون في أن يحل شكل علاجي من الأشكال القائمة الأخرى محل الآخر وإنما سيكون في قيام شيء ما، ما زال اليوم غير موجود، ألا وهو "العلاج النفسي العام General Psychotherapy ". وباستعراض لما يمكن أن تكون عليه تقريباً أسس مثل هذا النوع من العلاج النفسي العام المستقبلي نرغب باختتام هذا الكتاب.

الفصــــــل الثالـــــث: فاعليـــــــــــة الطـــــــرق العلاجيـــــــة

سوف نقوم في هذا الفصل بعرض طرق العلاج التي تتوفر حولها دراسات إمبيريقية حول الفاعلية. وكما أشرنا في الفصل الثاني فإن الطريقة العلاجية التي يتوفر حولها دراسة واحدة على الأقل حول الفاعلية، وتبدو مهمة من الناحية الإمدادية الذرائعية وكانت قابلة للتمييز عن غيرها بصورة كافية. ولم ندخل في تقاريرنا حول نتائج الفاعلية بعض التقنيات العلاجية السلوكية المنفردة التي يتم استخدامها بشكل منعزل كلية كالإشراط الإجرائي ولعب الأدوار وتقنيات ضبط الذات أو التعلم وفق النموذج. وعلى الرغم من توفر دراسات حول هذه التقنيات عالية الخصوصية غير أن الطرق المدروسة تبدو لنا بحد ذاتها قليلة الأهمية بالنسبة للممارسات اليومية، حتى نتمكن من وضعها على الدرجة نفسها إلى جانب طرق كالعلاج النفسي بالمحادثة أو المعالجة النفسية التحليلية المختصرة. كما وأننا لم نأخذ المجموعات غير المتجانسة "كالمعالجات غير النوعية" والمعالجات بالمحيط Milieutherapy" بعين الاعتبار. فتحت هاتين التسميتين درست أساليب مختلفة بحيث بدا لنا من غير المفيد وضع تقرير شامل حولها. كما وأننا استثنينا الطرق العلاجية التي لم يتوفر حولها أية دراسة.

1. العلاجـــــات الإنسانيـــــة Humanistic Therapies

يعد العلاج النفسي بالمحادثة من أفضل الطرق العلاجية الإنسانية المدروسة إمبيريقياً. ويوجد تشابه بين مجموعات المواجهة وبين العلاج في المجموعة بطريقة المعالجة النفسية بالمحادثة، غير أن مجموعات المواجهة لا تستخدم بصورة غالبة لأهداف علاجية بالمعنى الضيق وإنما من أجل إنماء الشخصية وتفتحها والخبرة الذاتية...الخ. غير أنه في دراساتنا أخذنا تلك الدراسات التي تم فيها استخدام مجموعات المواجهة كعلاج مع مجموعات من المرضى يعانون من اضطرابات مهمة عيادياً.وقد قام مؤلفو هذا الكتاب بشكل غالب نسبياً بدراسة طرق علاجية وصفوها بأنها "معالجات إنسانية" دون تخصيص قريب. ويمكننا بثقة الانطلاق في مثل هذه العلاجات من أنها غير مصنفة في أي واحد من الأساليب العلاجية الإنسانية الأخرى.

وفيما يتعلق بالعلاج الغشطالطي والسيكودراما وتحليل التفاعل فقد جذبت هذه

الطرق حتى الآن كثير من نشاطات البحث بالدرجة نفسها تقريباً. أما فيما يتعلق بالعلاج بالموسيقى والعلاج بالحركة والعلاج المتمركز حول الجسد والعلاج بالرقص والفن والعلاج بالطاقة البيولوجية فلا تتوفر حولها حتى الآن سوى دراسات منفردة فقط.

وتشكل مجموعة المعالجات الإنسانية مجموعة غير متجانسة بحد ذاتها. وهناك معابر سيالة بين بعض العلاجات الإنسانية والمبادئ الدينامية النفسية. غير أنه ليس لذلك أهمية في سياقنا هنا، لأن ذلك لن يغير من استنتاجاتنا، إذا ما تم تصنيف أحد هذه الأساليب في واحد من هاتين المجموعتين. وقد تم التصنيف ضمن الفئة التصنيفية "العلاجات الإنسانية" وفق أسباب تقنية من أجل تسهيل الإحاطة على القارئ ليس أكثر.

كما وأن ترتيب الأشكال أو الأساليب لم يخضع إلا إلى أسباب تقنية متعلقة بالعرض.

1.1. السيكـــــــــــودراما

يحتل تصميم ألعاب الأدوار والتمارين الدراماتية في العلاج بالسكودراما مركز الصدارة، حيث يستطيع المشاركون بمساعدتها التنفيس في موقف آمن عن أنماط السلوك المعاقة حتى الآن أو عن العلاقات الانفعالية التي يخشونها. ويشكل تحويل التصورات والصراعات والمواقف إلى فعل، يتجاوز التعبير المجرد، من أهم خصوصيات السيكودراما بالنسبة لغالبية الأساليب العلاجية الأخرى. والهدف من ذلك هو توسيع مجال السلوك عند المريض وتنمية عفويته ونشاطه وإبداعيته وقدرته العلائقية أو تفكيك

إعاقاته واضطراباته في هذه المجالات. وتجمع السيكودراما التقليدية وفق مورينو (Moreno,1959; Leutz,1974) ستة أشكال هي: المسرح و عارض المشكلة (بطل الرواية Protagonist) والمدير وزميل اللعب أو الشريك (Playmate or Partner) المشاركون بالمجموعة و التقنيات الدرامية النفسية. ويتم تحويل الصراعات من خلال توزيع الأدوار إلى مشاهد تمثيلية من خلال تقنيات مختلفة مثل تبادل الأدوار، الثنائي، و "الكرسي الفارغ"، والعكس reflect...الخ.. وتوجد ثلاثة مراحل للعلاج:

- التحمية أو المرحلة الأولية (إيجاد المشكلة)
- مرحلة التمثيل أو الفعل (تمثل المشكلة)
- مرحلة المحادثة أو الدمج

وتشكل السيكودراما وفق ليموين وليموين (Lemoine & Lemoine,1972) أحد أشكال السيكودراما التقليدية التي تتجه أكثر اتجاهاً تحليلياً. وهنا لا يتم تحديد الموضوع من المدير وإنما تختاره المجموعة. حيث يتم في بداية الجلسة تحديد الموضوع من خلال النقاش من المجموعة ككل. و يتم تنفيذ السيكودراما في مجموعات يبلغ عددها على الأغلب بين 8-10 مشتركين.

ومقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى فإن السيكودراما عبارة عن شكل علاجي غير مدروس بشكل مكثف وبشكل كاف في كل الأحوال. ولا يمكن تثمين موقعها الممكن بشكل كاف بدقة على أساس النتائج الإمبيريقية بالنسبة للإمداد العلاجي النفسي. فالنتائج المتوفرة حتى الآن تؤيد على الأرجح أنه يمكن للسيكودراما أن تحتل وظيفة مركب علاجي من أجل تحقيق أهداف علاجية نفسية محددة ضمن عرض علاجي شامل أكثر من كونها علاجاً كافياً بحد ذاتها.

2.1. العـــــلاج الغشطالطــــــــــي

تتمركز الأهداف العلاجية للعلاج الغشطالطي حول النمو وتحقيق الذات في الحياة الشخصية والاجتماعية. وينبغي للمتعالجين أن يتعلموا أن يكونوا أكثر عفوية، والتعبير عن مشاعرهم بشكل أفضل والاستجابة لحاجاتهم ومشاعرهم بشكل آخر وأكثف. ومن المهم جداً كما يرى بيرلز (Perls,1980; Perls, (Heferline & Goodman,1979; Hrtmann-Kottek-Schroeder,1983 أن يعيش الإنسان في اللحظة الراهنة وأن تساعد تقنيات العلاج الغشطالطي المتعالج على أن يعيش حاجاته الموجودة في الوقت الراهن ويشبعها دون تأخير وانزعاج، بالشكل الذي تظهر فيه. ويتم جعل الماضي، بمقدار ما يتجلى بتأثيراته في الحاضر، مجسداً في الحاضر من خلال طرق منشطة للخبرة (الكرسي الخالي، لعب الأدوار، دراما غشطالطية، عمل الجسد، العمل مع وسائل إبداعية)، ويتم توضيحه ويعاش مرة أخرى وأخيراً يتم التعامل معه.

ومن ضمن العلاج الغشطالطي نصنف كذلك الإجراء المسمى "تسهيل بناء العلاقة الوثيقة Gestalt Relationship Facilitation". ويقوم هذا البرنامج على النظرية الغشطالطية ويستخدم تقنيات غشطالطية بهدف إقامة علاقة زوجية متجانسة ومرضية. وتتمركز التمارين والنقاشات حول مواضيع التواصل الذاتي والتواصل مع الآخرين ووعي الجسد ومشكلات العلاقة.

كما واعتبرنا "العلاج النفسي التكاملي Integrative Psychotherapy " وفق بيتسولد (Pezold,1982b) واقعاً ضمن العلاج الغشطالطي. فالعلاج التكاملي يقوم بصورة أساسية على العلاج الغشطالطي غير أنه يستخدم عناصر من الطاقة الحيوية والسيكودراما والعلاج بالتنفس و الحركة. وهنا يتم العمل بالطرق التالية: طرائق محادثة متمركزة حول الصراع، التشكيل الإبداعي (رسم، النحت..الخ) التعبير الدرامي (سيكودراما وما يشبه ذلك)، العمل في الجسد (العلاج الحركي التكاملي).

وعلى الرغم من قلة الدراسات حول فاعلية العلاج الغشطالطي فإننا نرجح التأثير الإيجابي له. ولعل سبب ذلك يرجع إلى وجود نتائج من دراسات غير مضبوطة حول العملية والنتيجة، تشير إلى طاقة عالية للتأثير لطرق غشطالطية معينة، مثل "المواجهة التجريبية experiential confrontation". وهناك ما يؤيد بأن الأساليب العلاجية المطورة ضمن العلاج الغشطالطي يمكنها أن

تكون جزءاً من "العلاج النفسي العام"، الذي نوقش في الفصل الأخير. وبطريقة أخرى يطمح المعالجون الغشطالطيون أنفسهم نحو التكامل مع مبادئ علاجية أخرى، على نحو بيتسولد بشكل خاص (Petzold,1982). غير أن مثل هذا الانفتاح نحو الخارج لا بد وأن يترافق مع استعداد أكبر نحو تقبل المعلومات غير المتطابقة مع المنظومة not-systemconform، سواء فيما يتعلق الإرجاعات الموضوعية حول تأثيرات الأساليب العلاجية الغشطالطية وطرق تأثيرها بناء على المعرفة التي تم تحقيقها في علوم الأسس.

وحتى في الاختبار الإمبيريقي لفرضياته الأساسية لا يمكن اعتبار العلاج الغشطالطي مبدأً علاجياً علمياً متقدماً. فالنشاطات المتعلقة بذلك ما زالت حتى الآن تقتصر على أشخاص منفردين مثل غرينبيرغ. ومن هذا المنظور كذلك توجد مسافة كبيرة بين تفصل العلاج الغشطالطي عن العلاج التحليلي النفسي والعلاج النفسي بالمحادثة والعلاجات الاستعرافية السلوكية.

3.1. العــلاج النفســـــــي بالمحادثــة (العــلاج المتمركــز حول المتعالــج)

يفترض العلاج النفسي بالمحادثة الذي أسسه كارل روجرز (Carl Rogers, 1942,1955)، والذي يختصر إلى (GT)، ويسمى كذلك العلاج المتمركز حول المتعالج، أو العلاج المتمركز حول الشخص، أو العلاج غير التوجيهي أو غير المباشر،أنه لابد من قيام نوع معين من العلاقة العلاجية وتوفر شروط كافية حتى يستطيع المتعالج أن يتغير من نفسه وينمي نفسه. وطبقاً لذلك فإن سلوك المعالج في العلاج لا يتجه كثيراً نحو التأثير الهادف على المتعالج من خلال استخدام تقنيات أو تدخلات محددة، وإنما نحو تنمية عملية التعديل عند المتعالج الموجهة ذاتياً من خلال بناء جو معين من العلاقة. وتعتبر الأصالة Echtheit\Genuineness والتقبل غير المشروط\ التقدير والتفهم التعاطفي Empathic Understanding من جانب المعالج والدرجة العالية من الاستقصاء الذاتي المعمق من جانب المتعالج أهم الشروط من أجل حدوث عملية تعديل علاجية مثمرة. وفي المحيط الناطق بالألمانية تم تبني وتطوير مبدأ روجرز من قبل تاوش (1973) بشكل خاص.

وفي الوقت الراهن يوجد داخل العلاج النفسي بالمحادثة مبادئ باتجاه طريقة أشد تمايزاً (مثلاً تشويلاين Tscheulein,1992) وباتجاه التنويع التقني technical Diversification (من خلال استخدام تقنية البوئرة Focusing لغيندلاين Gendlin,1978,1981 على سبيل المثال) و باتجاه التوجه الأشد نحو هدف الأسلوب العلاجي (Sachse, Maus, 1990; Sachse,1992a).

وتعتبر نتائج الأبحاث حول العلاج النفسي بالمحادثة ذات أهمية كبيرة جدا بالنسبة لمجال العلاج النفسي كله. فهي تشكل برهاناً قطعياً على أنه من خلال المحادثات العلاجية وحدها يمكن إحداث تعديلات مهمة في الصورة

العيادية للمرضى، حتى للمرضى الذين يعانون من أعراض نفسية مرضية شديدة. ولم يتم في أي مكان آخر الإثبات المقنع باعتبار المحادثات وسيلة علاجية فاعلة بهذا الشكل. كما وأظهر البحث العلاجي النفسي بالمحادثة أن التأثير العلاجي يتعلق جداً بالأسلوب الذي تدار فيه المحادثات. وبسبب الدور الكبير الذي تلعبه المحادثات في كل أشكال العلاج تقريباً، يعد هذا البرهان مساهمة مهمة لمجال العلاج النفسي ككل وحثاً لكل المبادئ العلاجية الأخرى لإيلاء إدارة المحادثة نظرياً وعيادياً وفي البحث والتأهيل أهمية مركزية عالية. وحتى الآن لا يمكن القول أن هذا ما يحدث بشكل عام.ولا يمكن التصور علمياً أن النتائج التي تم التوصل إليها في العلاج النفسي بالمحادثة حول أهمية إدارة المحادثة تنكر من قبل المبادئ العلاجية الأخرى، على الرغم من أن المحادثات تلعب في الواقع في إطار علاجاتهم الدور نفسه الذي تلعبه في ذلك المبدأ العلاجي الذي سمى نفسه بها.

4.1.مجموعـــــات المواجهـــــــة Encountergroups

تهدف مجموعات المعالجة (والتي تسمى أيضاً "تمرين الحساسية Sensitivity Training " أو علاج العلاقة الإنسانية Human Relation Therapy) إلى تحسين إدراك الذات والآخر والقدرة على التواصل والتعاون لأفراد المجموعة. وينبغي أن يجري في المجموعة نظام إرجاع Feedback-System، يتيح الخبرة الذاتية للفرد. وتتميز مجموعات المواجهة بالسعي نحو التفاعل الحقيقي ومن دون واجهات والتأكيد على الخبرة المباشرة لهنا والآن. أما مهمة المعالجين فتتمثل في تسهيل التعبير عن المشاعر والأفكار، وغالباً ما يتم ذلك بمساعدة التمارين غير اللفظية (Lieberman, Yalom & Miles,1973). وتقوم مجموعات المعالجة على الإيديولوجية الإنسانية نفسها التي تقوم عليها المعالجة النفسية بالمحادثة و على فرضيات تأثير مشابهة لها(Mann, 1979; Schwab,1982) .

ووفق مستوى البحث الراهن لا يمكن القول مع أي نوع من المرضى وأي نوع من المشكلات تكون المعالجة بمجموعات المواجهة فاعلة. ووفقاً لذلك تبقى أهمية مجموعات المواجهة غير واضحة بالنسبة للإمداد العيادي. ويبدو من المشكوك فيه أن تكون مجموعات المواجهة هي طريقة الاختيار بالنسبة لنوع محدد من المشكلات. ففي المقارنة مع الطرق العلاجية الأخرى ظهر بانتظام أن مجموعات المعالجة بالمواجهة كانت أسوأ. وفي مجالها الرئيسي من التأثير، أي في مجال الخبرة والسلوك في المجال الإنساني أظهرت تمارين الثقة بالنفس السلوكية تأثيرات أفضل بشكل دال من مجموعات المواجهة. كما وأن غياب الدليل على التأثير على الحالة العامة للمرضى تشكك بقيمة هذه الطريقة. وعلى الرغم من أن مجموعات المواجهة قد أثبتت تأثيرات إيجابية في المعالجة المركزية للكحوليين غير أن هذه التأثيرات كانت أقل من التأثيرات الإيجابية للعلاج من خلال مواد الهلوسة LSD

ومن هنا فإنه قلما يمكن في الوقت الراهن ووفق نتائج الدراسات المتوفرة حتى الآن اعتبار مجموعات المواجهة طريقة الاختيار لمعالجة مرضى يعانون من أعراض أو مشكلات ذات أهمية عيادية. ولكنها من الناحية المفاهيمية تستند بشدة على المعالجة النفسية بالمحادثة ويوجد من دراستين دلائل إمبيريقية على أن آليات التأثير نفسها الموجودة في العلاج النفسي بالمحادثة تلعب الدور نفسه الذي تلعبه في مجموعات المواجهة. ومن هنا يطرح السؤال مبدئياً عن الحدود بين هذا الشكل من العلاج والعلاج في المجموعة القائم على أساس العلاج النفسي بالمحادثة. فحول هذا الشكل من العلاج توجد دراسات إمبيريقية أكثر مما هو الأمر عليه في مجموعات المواجهة بالمعنى الضيق. ومن هنا فإنه ليس من المفيد اعتبار مجموعات المواجهة شكلاً علاجياً مستقلاً بحد ذاتها. بل أن النتائج الإمبيريقية تشكك في وجود تأثيرات علاجية لمجموعات المواجهة لا يستطيع العلاج النفسي بالمواجهة تحقيقها.ومن هنا فإنه لا يمكن النصح بمجموعات المواجهة كأسلوب عيادي إلا بتحفظ شديد. ويحتمل أن تكمن قيمتها أكثر في مجال الخبرات الذاتية، الذي كانت الطريقة قد صممت بالأصل له.

5.1.العـــــــلاج الإنسانـــــــي دون تخصيـــــص دقيـــق

تشكل الأساليب العلاجية الإنسانية كالعلاج النفسي بالمحادثة و العلاج الغشطالطي و السيكودراما وتحليل التفاعل والطاقة الحيوية...الخ مع بعضها البعض أحد أكبر الاتجاهات في العلاج النفسي. فإلى جانب كل خصائص المبدأ المعني هناك أشياء مشتركة بين كل الأساليب تتمثل في أنها جميعها تركز على الخبرة في هنا والآن. ويتألف الهدف المشترك من أن يحظى المريض بمدخل غير مشوه قدر الإمكان إلى خبرته العفوية وأن عليه أن يتعلم التعبير عن مشاعره بحرية وأن يتبع أكثر حاجاته العفوية. وتقوم تسمية "العلاج الإنساني دون تخصيص دقيق" على الوجوه المشتركة للمبادئ العلاجية الإنسانية المختلفة. ولا يتعلق الأمر هنا بأسلوب علاجي خاص واضح المعالم، ونحن نستخدم هذه التسمية كفئة تصنيفية جامعة لتلك الطرق العلاجية التي تؤطر نفسها بالاتجاهات الإنسانية، والتي لا يمكن تصنيفها ضمن واحدة من الأساليب الإنسانية المحددة. فالأمر يتعلق هنا بفئة عريضة نسبياً لأساليب علاجية غير محددة بدقة كبيرة.

ومن أجل الفهم النظري لطريقة تأثير العلاج النفسي لا يمكن التغاضي عن نتائج العلاج الإنساني. فكل تصور نظري يدعي بتقديم تفسير عام صالح عليه أن يوضح ما هي الطريقة التي يحقق من خلالها نوع غير متخصص مضمونياً وتقنياً من العلاج نتائج موثوقة بهذا الشكل مع مجموعات مختلفة من المشكلات. وإلى حد ما يمكن لنتائج العلاج الإنساني أن تكون القطب المقابل للتأثيرات الموثوقة جداً كذلك، ولكن الأكثر خصوصية للطرق الاستعرافية السلوكية المفصلة بشكل مخصص جداً، تقنياً ومضمونياً لاضطرابات محددة. إن تأثيرات كلا الجانبين مبرهنة إمبيريقياً بشكل موثوق. ولابد للنظرية المقبولة حول طرق تأثير العلاج النفسي أن تراعي نتائج كلا الجانبين على المستوى نفسه وتفسرها.

6.1. تحليـــــل التفاعـــــــل Transactionsanaly

تم تطوير تحليل التفاعل في الخمسينيات من قبل بيرن (Berne,1967, 1975) وتلامذته على أساس مفهوم إنساني للإنسان من جهة و معارف التحليل النفسي من جهة أخرى. وقد اهتم بيرن بشكل خاص بضرورة أن يكون العلاج النفسي وأسسه سهل الوضوح والفهم لكل إنسان، من أجل تمكين المريض من الإسهام بنشاط وبمسؤوليته الذاتية في عملية تعديله الذاتية.

ويتألف المبدأ الأساسي من أربعة أجزاء:

- تحليل البنيةStructureanalyze : حيث يتم هنا التفريق بين حالات ثلاث من الأنا (أنا الوالدين، أنا الراشد، أنا الطفل)، التي تتجلى في التفكير والإحساس والسلوك. ويتم تقديم هذا النموذج للمريض من أجل أن يفسر سلوكه (Rogoll, 1976).

- تحليل التفاعل: ويقوم على تفهم التواصل بين شخصين وتساعد في تعديل العلاقات البين إنسانية.

- تحليل اللعب: يرى بيرن أن اللعبة عبارة عن مجرى علاقة من النمط الأولي Stereotype، يبدأ التقليل من القيمة ويقود إلى المشاعر الممضة لدى المشاركين باللعبة. ويساعد تحليل اللعب على فهم المعنى الأعمق لمثل هذه الألعاب.

- تحليل السيناريو Scriptanalyze : ويتعلق الأمر هنا "بمخطط الحياة" عند المريض، الذي يحدد له أهم قراراته ومشاعره ومواقفه..الخ. وهنا ينبغي للخبرات الجديدة في العلاج والقرارات الجديدة الناجمة عن ذلك أن تقود إلى تعديل مخطط برنامج الحياة وبالتالي إلى تعديل شامل في الخبرة والسلوك (English, 1980). ze

وتشير النتائج المتوفرة حول تحليل التفاعل إلى دلائل تفيد بأن تحليل التفاعل يؤثر بشكل مختلف مع مرضى مختلفين. وهذا يعني عيادياً أن تحليل التفاعل لم يكن العلاج الملائم لدى قسم من المرضى. غير أنه لم يتم التمكن من استنتاج دلالات مضمونية حول نوع المرضى الذين كان تحليل التفاعل فاعلاً معهم، أو الذين لم يكن فاعلاً معهم.

وبشكل عام فإن حالة الدراسات حول تحليل التفاعل مازالت ناقصة. والنتائج القليلة المتوفرة لا تشير على الإطلاق إلى فاعلية مدهشة. ومن هنا لا يمكن اعتبار تحليل التفاعل في الوقت الراهن أسلوباً علاجياً مضموناً، ينبغي أن يمنح موقعاً متميزاً في الإمداد النفسي العلاجي و مسارات التأهيل. وما زال تحليل التفاعل بعيداً جداً عن الوقوف إلى جانب المبادئ العلاجية المدروسة جيداً كالطرق الاستعرافية السلوكية أو في المجال الإنساني إلى جانب العلاج النفسي بالمحادثة على المستوى نفسه

7.1. العـــــلاج بالموسيقـــــــــى

يستخدم العلاج بالموسيقى الأنغام والموسيقى والحركات من أجل تحقيق تأثيرات نكوصية و إلى فتح أقنية تواصل غير لفظية، يفترض من خلالها إحداث تأثيرات علاجية. وفي العلاج الحسي بالموسيقى يستسلم المرضى ببساطة لتيار الأنغام، حيث غالباً ما يستخدم هذا العلاج بالارتباط مع تقنيات الاسترخاء. و غالباً ما يتم في العلاج بالموسيقى استخدام العزف الذي يتم عادة في المجموعة وبالتوليف مع الحركات. ويهدف العزف المشترك إلى تنمية الاستعداد للتواصل ويساعد في تنظيم حالات التوتر النفسية الفيزيولوجية. وتوجد مجموعة عريضة من المبادئ الموسيقية العلاجية، التي ينصح بها من أجل الاضطرابات من مختلف الأنواع. ويمكن للقارئ المهتم الرجوع إلى شتروبل وهوبمان (Strobel & Hupmann ,1991) و بولي (Bolay,1983) للحصول على وصف أدق للمبادئ العلاجية بالموسيقى.

ومن المؤكد أنه لا يمكن اعتبار العلاج بالموسيقى أسلوباً علاجياً مستقلاً، كخيار مستقل و على الدرجة نفسها إلى جانب الطرق العلاجية التي أثبتت صلاحيتها. ومن هنا فإنه لا يوجد حتى اليوم أي أساس علمي للتأهيل في العلاج بالموسيقى كمهنة مستقلة لمعالج بالموسيقى من دون تأهيل أوسع في الطرق العلاجية الأخرى. غير أن العلاج بالموسيقى يمكن أن يكون بالنسبة لمجموعات معينة المرضى ممن يكون المدخل اللفظي إليهم معاقاً، مكملاً للطرق العلاجية النفسية الأخرى وينبغي أن تستمر دراسته ضمن هذه الوظيفة بشكل أساسي.

8.1. العـــــلاج بالحركـــــة والعـــــلاج المتمركـــــز حـــــول الجســـد

يشترك كل من العلاج بالحركة والعلاج المتمركز حول الجسد بتوجههما نحو تنمية وتحسين الوظائف الفيزيونفسية. إنهما يهدفان إلى تنمية خبرة الجسد والحساسية والقدرة على التعبير والقدرة على الاسترخاء. وتحتل تمارين الجسد غير اللفظية في الإجراء العلاجي أهمية مركزية، وتتقاطع الأساليب المجمعة في هذه الفئة بشكل كبير مع العلاج الطاقي الحيوي والعلاج بالرقص.

وما تزال براهين الفاعلية في هذين المجالين محدودة. كما وأنه ينبغي اختبار مدى فائدة هذين الشكلين إذا ما استخدما في أطر علاجية أخرى. على أية حال لا يقع هذا الشكلان في الوقت الراهن ضمن الاهتمامات المركزية للبحث، فدراستان من الدراسات حول هذا الموضوع حدثتا في ستينيات هذا القرن.

9.1. العـــــلاج بالرقـــــــص والفـــــــن

في الواقع يشكل كل من العلاج بالرقص والفن أسلوبين مختلفين جداً. غير أننا وضعناهما هنا مع بعض لأسباب ذرائعية، بسبب أنه لم يتوفر حولهما إلا دراستين، وتم في واحدة منهما توليف العلاج بالرقص والفن مع بعضها. وكذلك

يتم توليف العلاج بالرقص مع العلاج بالموسيقى (rman, 1988H). وعلى أساس الدراسات المتوفرة لا يمكن تثمين موقع العلاج بالرقص والفن في إطار برامج المعالجة الشاملة وبشكل خاص المعالجة النفسية المركزية. وحتى الآن لا يمكن اعتبار الطريقتين على أنهما علميتان ومؤسستان علمياً.

10.1. العـــلاج الطاقـــي الحيـــــوي Bioenergetical Therapy

لم تتم حتى الآن دراسة العلاج الطاقي الحيوي وفق لوفن (Lowen, 1976,1986) بصورة خالصة، وإنما بالتوليف بين العلاج الغشطالطي والطاقة الحيوية، الذي أطلق عليه الباحثون "علاج منظومي محقق للفعل Systems releasing action Therapy ". وقد تألف العلاج بشكل أساسي من تمارين طاقية حيوية غير لفظية وتمارين تخيل غشطالطية. وكان هدف العلاج حل التشنجات و إتاحة تفتح المشاعر والخبرة الذاتية.

إن الفرضية القائلة أن الإنسان يمكن من خلال حركات الجسد أن يجد مدخلاً أسهل مما هو الأمر عليه من خلال اللغة، تحمل بحد ذاتها درجة عالية من الاحتمالية. إلا أن ما يؤسف له أن تتم ممارسة هذا الأسلوب في الوقت الراهن بشكل مدرسي منعزل عن الاتجاهات الأخرى المدروسة والممارسة أيضاً بشكل أفضل بكثير. ولا بد من إيضاح مسألة متى يكون من المفيد في العلاج النفسي استخدام الجسد بشكل أكثر مما هو مألوف، على أساس ما هو متوفر من معارف علاجية نفسية موثوقة وليس على أساس أنها يمكن أن تشكل بديلاً لهذه المعارف. وضمن هذه الوظيفة التكاملية نرى موقع تمارين الجسد في إطار علاج نفسي عام مستقبلي. ولا يحتمل أن يكون للعلاج الطاقي الحيوي مستقبلاً طريقة علاجية مستقلة، إذ أن الهوة بينه وبين العلاج النفسي الممارس علمياً كبيرة جداً.

2. العلاجـــــات الديناميـــــة النفسيـــــة

1.2. التحليـــــل النفســـــي طويـــل الأمـــــد

لا يعتبر التحليل النفس طويل الأمد البالغ بين 3-5 علاجات "استلقاء" والذي تبلغ مدته عدة مئات أو أكثر من الجلسات العلاجية الشكل الأقدم من العلاج النفسي فحسب وإنما كان وما زال أكثر الأشكال العلاجية شهرة من بين أشكال العلاج النفسي ككل. وفي الوقت نفسه يرتبط بهذا الشكل من العلاج ادعاء ذو خصوصية عالية جداً. فوفق الرؤيا التحليلية النفسية لا يمكن تحقيق تعديلات عميقة جداً ودائمة في الشخصية إلى درجة يمكننا فيها الحديث عن "شفاء" بالمعنى الفعلي للكلمة، أي عن إزالة الأسباب وليس الأعراض فقط، إلا من خلال التحليل النفسي طويل الأمد. ويعتبر "الكشف" –من خلال التفسير الذي يقوم به المعالج والتبصر الذي يقوم به المتعالج والعمل أو التحليل المستمر لصراعات المريض اللاشعورية في علاقة النقل بالمعالج الطريق الملكي نحو مثل هذا النوع من الشفاء. وتتطلب تنمية وتحليل وحل علاقة النقل التي تعتبر ضرورية من

أجل "إعادة البناء" الكاملة للشخصية وبالتالي من أجل الشفاء الكامل، وجود علاقة علاجية قائمة بشكل مستمر فترة زمنية طويلة، تكون في العادة عدة سنوات. ووفق هذه الرؤيا فإن المعالجات القصيرة الأمد ترتبط جوهرياً بتخفيض مطالب الأهداف العلاجية. ووفق هذه الرؤيا لا يمكن أن يكون العلاج "كاشفاً" خلال هذه الفترة القصيرة إلا لجزء محدود فقط. ويتوقع لجزء كبير من الصراعات القائمة أن تظل "غير مكشوفة"، من خلال دعم وتقييد جهاز الدفاع عند المريض. وتطلق على هذا النوع من الإجراءات العلاجية الأقرب لأن تكون "غير كاشفة" إجراءات داعمة للأنا أو إجراءات داعمة.وبما أن جزءاً كبيراً من الصراعات يبقى بنتيجة ذلك دون تحليل فإن النجاح المحقق معرض دائماً لخطر عدم الاستقرار. وعن هذا النموذج من التفكير ينتج أيضاً التصور المتمثل في أنه في التأثيرات العلاجية السلوكية التي هي بطبيعتها "غير كاشفة" كلية لابد وأن يحصل على المدى البعيد "انزياح في الأعراض".

لقد كان نموذج التفكير الذي قام عليه التحليل النفسي التقليدي واسع التأثير وما زال حتى اليوم يوجه تفكير كثير من المعالجين النفسيين. فمن نموذج التفكير هذا يستنتج على سبيل المثال بونغراتس (Pongratz,1973a) في كتابه "علم النفس الإكلينيكي" قاعدة الفاعلية القائلة: " إن الحالات الخفيفة هي من اختصاص العلاج السلوكي، أما الحالات الشديدة فهي للعلاج النفسي المعمق" (صفحة 378). كما وتقوم "مسودة تصويرة الفاعلية" لشراملِ (Schraml,1969) على هذا النموذج من التفكير، عندما يقرر أن العلاج السلوكي يصلح للأعراض "الجانبية"، والعلاج النفسي بالمحادثة للعصابات من درجة خفيفة، في حين أن الاضطرابات الشديدة تحتاج إلى معالجة نفسية عميقة (كاشفة). ومن هنا فإنه انطلاقاً من منطق هذا النموذج من التفكير يتم عزو التأثير غير المقبول نسبياً للعلاجات النفسية ذات التوجه التحليلي البالغة عدداً مؤلفاً من مرتبتين فقط (راجع حول ذلك تقريري النتيجتين التاليتين) إلى أنه في مثل هذا النوع من المعالجات لا يتم تحقيق القوة الفعلية للمبدأ التحليلي النفسي بشكل لازم كفاية، والمتمثل في كشف الصراعات الفعلية، وبأن الجزء المغطى لهذه المعالجات أكبر بكثير من أن يتم تحقيق نجاح علاجي مقبول. فإذا كان الأمر هو كذلك بالفعل فإنه يفترض أن تكون نتائج العلاج بالتحليل النفسي الطويل والكاشف أفضل بوضوح من التحليل النفسي الأقصر أمداً وبالتالي غير الكاشف كثيراً. وعلى أية حال فإن نموذج التفكير التحليل نفسي ومبدأه العلاجي يقود إلى النتيجة الحتمية القائلة أن أفضل النتائج العلاجية لا يتم تحقيقها إلا في التحليل النفسي طويل الأمد. ومن هنا فإن السؤال عن التأثيرات الحقيقية أو الفاعلية الحقيقة للمعالجات التحليلية طويلة الأمد ليست مجرد مسألة مهمة من الناحية الذرائعية فحسب -فمن المنظور الإمدادي الاقتصادي يفترض للمصاريف الكبيرة جداً اللازمة من أجل مثل هذا النوع من المعالجة أن تنعكس في تحقيق نجاحات علاجية أفضل، كي يمكن تبرير وجود استخدامه الموسع -، وإنما تحتل هذه المسألة داخل نموذج التفكير التحليل نفسي أهمية نظرية مركزية في الوقت نفسه.

ويمكن للمرء أن يحزر لماذا لا توجد أية دراسة مضبوطة حتى الآن حول فاعلية هذا الشكل العلاجي على الرغم من الأهمية النظرية القوية للتأثير الحقيقي للتحليل النفسي ، ولعل عدم وجود مثل هذه الدراسات حوله إنما يعود إلى هذه الأهمية النظرية القوية بالذات. على أية حال لم نتمكن من إيجاد أية دراسة تنطبق مع معاييرنا التي حددنا لدراستنا، ولو كان هناك دراسة لكان احتمال إيجادنا لها كبيراً جداً.

غير أنه هناك دراسة واحدة حول التحليل النفسي طويل الأمد تقترب في تصميمها من دراسة فاعلية مضبوطة والتي تشير إلى نوعية فريدة كلية مختلفة عن نوعية برنامج الدراسة المضبوطة بالمعنى الدقيق، تجعلها واحدة من أهم دراسات العلاج التي أجريت حتى الآن وتمنح نتائجها وزناً أكبر بكثير من غالبية دراسات العلاج الأخرى. وهذه الدراسة هي دراسة مينغ Menninger-Study. وبسبب النوعية الخاصة لهذه الدراسة ولكونها الدراسة الوحيدة المتوفرة التي قدمت براهين إمبيريقية متينة حول فاعلية وأسلوب تأثير التحليل النفسي طويل الأمد، فسوف نقوم هنا بعرض أهم النتائج بشكل مفصل، بالشكل الذي تبدو فيه مفيدة بالنسبة للمسألة المعالجة في هذا الكتاب، حتى وإن كانت لا تقع ضمن الدراسات أل 897 المضبوطة التي قمنا بتقييمها. ومن هنا فإن تقرير البحث المتعلق بالتحليل النفسي طويل الأمد سيخرج عن نطاق تقاريرنا الأخرى وذلك من خلال أننا سنقدم هنا عرضاً حراً جامعاً لهذه الدراسة ولأهم نتائجها. ونريد بالتالي أن نسهم في أن تصبح نتائج هذه الدراسة الضخمة التي لم تحظ حتى الآن بالاهتمام الكبير معروفة أكثر، إذ أنه إذا ما كان هناك دراسة علاجية وحيدة تستحق الاهتمام الخاص فهي تلك الدراسة.

نفذت هذه الدراسة في مشفى مينيغ في توبيكا بولاية كينساس الأمريكية. وقد صممت الدراسة من سنة 1952 حتى سنة 1954 وامتد تنفيذ الدراسة عبر العقدين التاليين، أو إذا ما أدخلنا آخر متابعة في الحساب، فإنها امتدت فترة ثلاثة عقود.

شكل مشفى مينيغ في سني التساؤل نوعاً من المصحة التحليلية، تم إليه تحويل المرضى الذين عدوا وفق معايير ذلك الوقت شديدي الاضطراب، بحيث تصعب معالجتهم التحليلية الطبيعية الخارجية في مكان إقامتهم. أما المرضى الذين كان مرضهم شديداً إلى درجة أنهم كانوا يحتاجون إلى معالجة مركزية في المستشفى إلى جانب العلاج التحليلي النفسي فقد تم استبعادهم من هذه الدراسة، وكذلك المرضى الذهانيين والذين يعانون من ذهانات دماغية عضوية. أما أل 42 مريض الذين أجريت عليهم الدراسة فقد كانوا يعانون من عصابات نفسية وعصابات طبع وعصابات دافعية شديدة وإدمانات واضطرابات جنسية واضطرابات نرجسية و حدودية Borderline. وبما أنه وجب على المرضى أن يدفعوا بأنفسهم تكاليف علاجهم الطويل الأمد فقد اختلفت العينة بشدة عن عينة المرضى في المتوسط. فالمرضى كانوا جميعهم من الطبقة العليا أو المتوسطة العليا، وكانوا موفوري الثراء و متوسط الذكاء لديهم IQ124=.

فإذا ما شكل مشفى مينينغ في تلك الفترة الزمنية مصحة ممتازة للتحليل النفسي بالنسبة للمرضى، فقد كان بالنسبة للمعالجين والباحثين ورشة ممتازة جداً من التحليل النفسي. فقائمة أل 37 باحث وباحثة المشاركين بشكل مباشر في تنفيذ المشروع – هذا عدا عن المحللين النفسيين الخبراء والمؤهلين بشكل جيد، الذين لم يحسبوا مع قائمة الباحثين، وكذلك المرشدين العشرة الإضافيين جعلت المصح يبدو كخلية نحل للتحليل النفسي: روبيرت فاليرشتاين و ليستير لوبورسكس و غراندر مورفي وهيلين زارغينت و ستيفان أبيلباوم و أوتو كيرنبيرغ و واين هولتسمان و ميرتون غيل .... لقد تجمع أكبر الرؤوس من جماعة التحليل النفسي العلمي في هذا المشروع وأسهموا لسنوات طويلة فيه. هكذا فقط ينبغي فهم روح البحث العلمي الخيالي، المحظوظ بموهبة تنبؤ مثيرة للدهشة وبتخطيط منطقي مذهل لمشروع بحث يصمد عبر عقود و إنتاجية لا تصدق، تميز مشروع بحث للعلاج النفسي هذا الذي يظل دائماً فريداً من نوعه. وفي هذه الأثناء نشر حول مشروع مينينغ ونتائجه 69 منشوراً يبلغ عدد صفحاتها حوالي 1000. وربما يشكل هذا الكم الهائل أحد الأسباب التي جعلت نتائج هذه الدراسة لا تحظى بالاهتمام والقبول الكبيرين على الرغم من العدد الكبير من المنشورات من خلال الباحثين. وبالنظر لهذا الكم الكبير فإنه من الطبيعي لا يمكننا هنا التعرض هنا لكل النتائج مشيرين إلى أهمها ومتجاهلين كثيراً من النتائج الجانبية المهمة بدورها. [7]

كان أساس الدراسة على النحو التالي: أجري لكل مريض من المرضى أل 42 الداخلين في البحث فحص تشخيصي أولي مفصل استمر لمدة أسبوعين من خلال المقابلة والاختبارات الإسقاطية..الخ. وقد تم توثيق نتائج هذا التشخيص بشكل مفصل طبقاً للبروتوكول الروتيني للمشفى. وفي نهاية هذا الطور التشخيصي تم التشاور بشكل مشترك في مؤتمر للحالة و تقرير الطريقة العلاجية التي يبدو أنها الأنسب بالنسبة لكل مريض من المرضى: تحليل نفسي تقليدي أم تدخلات علاجية كاشفة كلية وتحليل نفسي يقوم على تحليل علاقة النقل أم علاجاً داعماً مقوياً للأنا يهدف إلى الكشف المحدود فقط. وقد تم طرح فاعلية التحليل النفسي بالنسبة ل 22 مريض، أما العشرين الباقين فقد تم طرح فاعلية التحليل النفسي الداعم بالنسبة لهم. وقد امتدت فترة قبول مرضى جدد في المشروع أربع سنين. وكان المعالج يبدأ العلاج مباشرة بعد انتهاء طور التشخيص وينهي العلاج عندما يظهر أنه قدد حقق هدفه بناء على مجراه.

بلغ متوسط عدد السنين بالنسبة لل 15 مريض في مجموعة التحليل النفسي والذين أنهوا علاجاً منتظماً كثيراً أو قليلاً ست سنين وأجروا وسطياً 1017 جلسة علاجية. وفي أثناء كتابة التقرير الختامي، أي بعد حوالي 25 سنة تقريباً من بدء العلاج كان مريضان ما يزالان يتابعان العلاج نفسه. ومع هذين المريضين تم بعد تسع سنين ولأغراض البحث إجراء دراسة ختامية، مع أن العلاج استمر بعد

ذلك بالنسبة لهذين المريضين. أربعة من المرضى قطعوا العلاج بشكل مبكر بعد سنة وثلث وسطياً وعدد جلسات يبلغ 281 و توفي مريض واحد في أثناء العلاج بعد سبع سنين بمجموع مقداره 1238 من الجلسات العلاجية.

كان العلاج الداعم غير محدود زمنياً كذلك. غير أن مدة العلاجات الفعلية بلغت هنا في المتوسط 316 ساعة خلال أربع سنوات وثلث السنة بالنسبة ل 14 مريض أنهى العلاج بشكل نظامي، وهي مدة أقصر بوضوح وأقل شدة في تكراراتها من التحليل النفسي. وهنا كذلك استمر مريضان من المجموعة المعالجة حتى موعد كتابة التقرير الختامي في المعالجة عند المعالج نفسه، حيث تم إجراء دراسة ختامية شكلية معهم بعد 8 سنين من كتابة التقرير الختامي. أربعة من مرضى هذه المجموعة قطعوا العلاج مبكراً بعد 202 جلسة علاجية في المتوسط و خلال حوالي السنتين، واحد منهم انتحر.

إن الحرية المتوفرة للمعالجين في تصميم إيقاع المعالجة ومدتها التي نلاحظها من خلال هذه الأرقام تعبر عن أهم ميزات هذه الدراسة العلاجية والمتمثلة في أن الباحثين قد ألقوا قيمة كبرى على أن يدرسوا العلاج أولاً وأخيراً ضمن شروط "طبيعية". وعلى العلاج أن يحدث كما يحدث العلاج اليومي الروتيني في عيادة هذه المؤسسة. وحرص على ألا تؤثر تأثيرات غريبة مشَوهة لإطار البحث على العلاج. ومن أجل هذا الغرض تم التخلي عن التوزيع العشوائي للمرضى إلى واحدة من المجموعتين العلاجيتين، التي كانت ستجعل من هذه الدراسة –لو تمت- دراسة مضبوطة وفق معاييرنا، وبدلاً من ذلك تم توزيع المجموعتين وفق الأهمية العيادية. كما ويظهر السعي نحو الدراسة الطبيعية في تفصيل جوهري آخر للبحث: فحتى الوقت الذي أبلغ فيه المعالج سكرتارية المشفى نيته في إنهاء العلاج، لم يكن لا المعالج ولا المريض يعلمان أي شيء عن كونهما موضوعاً لمشروع بحث. ومن أجل الحصول على المعلومات في إطار التقرير الختامي، أي بعد أن كان العلاج قد انتهى تم إخبار المعالج والمريض حول وضعهم كجزء من المشروع و وطلب منهم برجاء الإسهام في هذا البحث. وهنا يمكننا الانطلاق من أن آل 42 معالجة هذه تقدم لنا نظرة واقعية غير مشوهة عن ممارسة التحليل النفسي.

كما وأن نتائج هذه الدراسة غير مزورة –من وجهة نظر التحليل النفسي- من ناحية أنه قد تم تصميم كل أسئلة البحث و تقييمات النجاح والعملية وطرق البحث بدقة من منظور تحليل نفسي أصلي وأنها نفذت من محللين نفسيين معروفين و وعاليي التأهيل. ولم يتم استخدام أي معيار غريب عن التحليل النفسي في أي موقع أو مرحلة من مراحل البحث وصولاً إلى تفسير النتائج و كتابة تقارير النتائج ولم يشارك في البحث أي شخص غير متفق جداً مع التحليل النفسي. ونؤكد هنا على ذلك لأننا استطعنا أن نجمع خبرات كفاية بأن المعالجين النفسيين يقيمون نتائج الأبحاث الإمبيريقية التي تقوم على الطريقة العلاجية التي

يفضلونها، بشكل منتظم بأنها غير مهمة إذا ما لم تكن تلك النتائج مطابقة لتصوراتهم ورغباتهم، بحجة أنه قد تم هنا استخدام معايير خارجية و غير مناسبة في تقييم طريقتهم العلاجية أو أن طريقتهم العلاجية قد ظلمت بشكل ما. وفي دراسة مينينغ فإن مثل هذا الدفاع قد صد جذرياً من خلال سمات الدراسة المذكورة أعلاه، بحيث أنه قد تمت حماية التعامي المطلق عن وجود مثل هذه النتائج، و أنه لا بد من أخذها بعين الاعتبار كمقولات موثوقة حول ضروب تأثير وأساليب تأثير العلاجات التحليلية النفسية.

فكيف تم إذاً قياس التأثيرات والسيرورات الحادثة في هذا العلاج في هذه الدراسة، على الرغم من أن المعالجين والمرضى لم يعرفوا بأن علاجهم موضوع تحت البحث؟

لقد تم بالنسبة لكل علاج القيام بدراسة بحثية واسعة في أوقات ثلاثة، الأولى بعد إنهاء طور التوضيح التشخيصي البدئي مباشرة (الدراسة البدئية) والثانية مباشرة بعد إنهاء العلاج (الدراسة النهائية) والثالثة بعد سنتين أو ثلاثة من انتهاء العلاج (دراسة تتبعية). بالإضافة إلى ذلك جرت دراسة تتبعية طويلة الأمد بالنسبة لكل مريض أمكن الوصول إليه بعد 25-30 سنة من بدء المعالجة.

وبشكل عام يمكن القول أنه قد تم تحقيق تأثير فاعل لدى 60% من المرضى باستخدام سلم تقييم الصحة والمرض Health Sickness Rating Scale في كلتا المجموعتين ولم يكن الفرق في الفاعلية بين المجموعتين كبيراً. ويمكننا القول أن العلاج النفسي التحليلي طويل الأمد البالغ عدة مئات من الجلسات يمكن أن يقود إلى نجاح جيد. وقد كان هذا لدى 40% من المرضى، أما بالنسبة للـ 20% الأخرى فيمكن القول بوجود نوع من النجاح في العلاج. غير أنه لابد من ملاحظة أن تحسن 60% على سلم تقييم الصحة والمرض HSRS لا يشكل بعد نتيجة علاجية تبرز تأثيرات العلاج التحليلي الطويل الأمد إيجابياً بأي شكل من الأشكال عن التأثيرات المستنتجة في أساليب علاجية أخرى. ففي دراسات أخرى تم فيها استخدام HSRS لقياس نجاح العلاج تم تحقيق تحسن أشد (Armelius et al., 1992) وهذا بجهد أقل بالنسبة للمرضى والمعالجين. كما وأن شدة الاضطراب لدى المرضى المعنيين في دراسة مينينغ لم تكن بأي شكل من الأشكال أشد من درجات الاضطراب في دراسات أخرى. ومن هنا فإن لا يوجد في تأثيرات هذه الدقة غير المعهودة في الواقع للعلاجات المدروسة أي شيء إيجابي يمكنه أن يبرر الاستهلاك الزمني والمادي الأعلى بعشرة حتى 12 مرة المرتبط مع مثل هذه العلاجات.

ومن أجل الصور الكاملة لا بد من ذكر الجانب السلبي لنتائج العلاج. 40% من العلاجات لم تحقق نتيجة مرضية. ومع مثل هذا الكم من الاستهلاك من كلا الجانبين فإنه يفترض أن يتم تقييم غياب التعديلات الإيجابية بالفشل. ففي علاج

مدته 20 جلسة يكون الأمر أقل سوءاً لو لم تظهر تأثيرات إيجابية واضحة خلال هذه الفترة مما لو كان عدد الجلسات 1000. ولدى 26% الذين "أخفقوا" لم يتعلق الأمر بمجرد غياب التأثيرات الإيجابية بل أن القسم الأكبر من هذه الحالات عانى من تأثيرات ضارة جداً. فستة من المخفقين توفوا إنتحاراً ثلاثة منهم بانتحار مباشر وثلاثة من خلال انتحار غير مباشر حسب رأي الباحثين، ارتبط ارتباطاً واضحاً مع العلاج في هذه الدراسة أو مع علاج آخر من التحليل النفسي واصله المريض بعد قطعه للعلاج. وثلاثة آخرين من المرضى أصبحوا ذهانيين أثناء المعالجة، حسب رأي الباحثين بالارتباط مع علاقة النقل. أما المريضين الباقيين فقد أمكن تقييمهما على أنهما لم يحققا النجاح العلاجي دون عواقب ضارة.

خمسة من المرضى لم يتم تقييمهم من قبل الباحثين على أنهم مخفقين وظلوا طوال حياتهم متعلقين بالمساعدة العلاجية- حتى وقت التتبع الأخير- حتى 28 سنة من المعالجة المستمرة، وقد يكون بعضهم اليوم في العلاج إذ أنه في التتبع الأخير لم يكن بالإمكان التنبؤ بموعد انتهاء المعالجة.

لقد كان الاستنتاج الرئيسي للباحثين من هذه النتائج أنه على الرغم من أن الاستبصار في الصراعات اللاشعورية قد برهن إمبيريقياً على أنه عامل تعديل مهم فإن هذا العامل قد جعل عاملاً كلي المطلقية في نظرية التحليل النفسي. وعوامل التعديل الداعمة تلعب دوراً أكبر، وهذه العوامل لم تلق الكثير من الاهتمام في مراجع التحليل النفسي. فقد لعبت هذه العوامل في أل 42 معالجة دوراً أكبر مما لعبته في المراجع الدينامية النفسية.

ويمكن من النتائج استنتاج مقولتين واضحتين حول الفاعلية :

- ليس هناك من فاعلية إيجابية للعلاج التحليلي طويل الأمد. فقد أمكن بالمقارنة استنتاج وجود فاعلية سواء في النوعية أم الكم أم الثبات بعلاجات نفسية بمدة أقصر بكثير.

- التحليل النفسي غير فاعل (مضاد استطبابContraindication) مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة. فمع هؤلاء المرضى لا تكون فاعلية التحليل النفسي فحسب وإنما يتضمن خطراً كبيراً إلى حد ما من التأثيرات الضارة.

ويبدو أن هذه النتيجة تتطابق بشكل جيد مع الخبرات العيادية العامة للمحللين النفسيين، ذلك أنه ليس للتحليل النفسي اليوم كطريقة علاجية لإمداد المرضى إلاّ دور ضئيل (Schmidt,1988).

أما فيما يتعلق بنتائج دراسة مينينغ فإنه لا نستطيع أن نتوقع أنها ستعجب محللاً نفسياً خبر بنفسه التحليل التعليمي لفترة طويلة. ولكن من ناحية أخرى فإن

مجرد وجود هذه الدراسة يعد وساماً عظيماً للتحليل النفسي، إذ أنها تدل على التوق الجدي والصارم نحو الكسب المعرفي نفسه الذي مارسه فرويد عند تطويره للتحليل النفسي. ونحن لا نعرف دراسة علاجية أخرى كهذه قامت على هذا النحو من الجدية وهذا المستوى الرفيع بهدف الاكتساب العلمي للمعرفة. وقد تبدو نتائجها المبنية بشكل جيد جداً على المدى القصير مخيبة بالنسبة لأنصار التحليل النفسي غير أنها تشكل على المدى البعيد كسباً كبيراً بالنسبة لمجال العلاج النفسي كله.

2.2.العـــــلاج النفســـي ذو الاتجـــــاه التحليلـــــي النفســـــي

"يقصد بالعلاج النفسي ذي الاتجاه التحليلي النفسي" Psychoanalytic oriented Psychotherapy هنا وفقاً للابلانش و بونتاليس (Lablanche & Pontalis, 1972, P. 417) " شكل من العلاج النفسي يقوم على المبادئ التقنية والنظرية للتحليل النفسي، من دون أن يتحقق فيه شروط معالجة نفسية تحليلية صارمة". ويختلف العلاج النفسي ذو الاتجاه التحليلي عن التحليل النفسي التقليدي في أن الجلسة العلاجية تجري جلوساً، والمدة العلاجية تكون أقصر والتكرار الأسبوعي للجلسات يكون أقل. وكأسلوب علاجي متوسط المدة يقع العلاج النفسي ذو الاتجاه التحليلي بين كلا الشكلين المتطرفين من التحليل النفسي، أي التحليل النفسي التقليدي و التحليل النفسي المختصر. كما وتصنف ضمن هذه الفئة العلاجات النفسية التحليلية ضمن المجموعة ذات المدد المتوسطة.

3.2. العـــــلاج النفســـــي التحليلـــــي المختصـــــــــر

ينحصر الثقل في العلاج النفسي التحليلي المختصر في معالجة الصراع الأساسي، أي ما يسمى بالبؤرة Focus، التي تعزى لها أهمية مرضية. ويختلف العلاج النفسي التحليلي المختصر عن العلاج النفسي ذي الاتجاه التحليلي الأطول مدة من خلال التركيز الأكبر على البؤرة المتفق عليها، غير أن الشكلين العلاجيين يشبهان بعضهما من حيث المضمون وفي الإجراء. ومن أجل هذا تم اختيار معيار شكلي للتفريق بين الشكلين من العلاج يتألف من عدد الجلسات ومدة العلاج. فالجلسات البالغة من 30 جلسة فما دون تحسب عند وجود مدة علاجية مطابقة ضمن العلاج النفسي التحليلي المختصر. غير أنه في حالات قليلة صنفت حالات ضمن العلاج النفسي التحليلي المختصر بلغت أكثر من 30 جلسة، وذلك عندما كانت مدة العلاج تقتضي أشهراً قليلة.

4.2. تحـليـــــــل الأنــــــا

يمثل تحليل الأنا تعديلاً للتحليل النفسي التقليدي. ويقوم على المقدمة المنطقية القائلة: أن للإنسان أناً أقوى وأكثر استقلالية مما هو مفترض في التحليل النفسي التقليدي، وأنه توجد إشباعات للأنا مستقلة عن إشباعات الهو. وينادي تحليل الأنا بشكل خاص بأن التفاعلات الاجتماعية يمكنها أن تشكل شكلاً مستقلاً أو خاصاً

من الإشباع للشخص (Davison & Neale,1988). ومن أشد الباحثين تأثيراً للاتجاه التحليلي للأنا كارين هورني وأنا فرويد وإريك إيركسون وديفيد رابابورت و هاينس هارتمان. ويؤكد محللو الأنا أكثر من فرويد على قدرة الإنسان على ممارسة الضبط لمحيطه (السيطرة على المحيط). ولهذا فهم يهتمون أكثر في العلاج بالظروف الحياتية الراهنة للمريض. غير أنه قلما نجد في المراجع التحليلية للأنا أي وصف لأية تقنيات علاجية خاصة. أما بالنسبة لفائدة العلاج التحليلي للأنا فإنه لا يوجد حتى اليوم أي دليل مقنع فعلاً. أما حقيقة أنه منذ عشرين سنة لم يتم القيام بأية دراسة في هذا الموضوع فلا تشكل أملاً قريباً بأن يتغير الأمر كثيراً في المستقبل القريب.

5.2. العـــــــلاج الفـــــــــردي

يقوم العلاج الفردي على علم نفس الفرد لألفرد أدلر. وخلافاً لفرويد يذهب أدلر (1911,1913) من أن "الحدث النفسي الكلي يسعى إلى هدف واحد" ويسعى نحو "هدف نهائي تخيلي" وفي العلاج الفردي يتم السعي نحو كشف هذا الطموح اللاشعوري نحو الهدف. وفي العلاج بالمحادثة المبني على أساس علم نفس الأعماق (علاج فردي وضمن المجموعة) يتمحور الاهتمام على مساعدة المريض على أساس التشجيع على تفهم نمط حياته و "منطقه الخاص"، بحيث يصل هو بنفسه إلى "كشف السر" ويتمكن من القيام بتعديل الاتجاه لشخصيته (Schulz von Thun, 1982, P. 179\181).

ويشكل وضع العلاج الفردي النوعي والكمي على الحدود التي تجعل منه يستحق الذكر. إنه بعيد جداً عن المرحلة التي يمكن اعتباره اسلوباً علاجياً فاعلاً. ولم يصل إلى حدود علمنا وجود دراسات جديدة حول هذا الأسلوب العلاجي. ومن هنا لا يمكن اعتبار العلاج الفردي من الأساليب العلاجية المثبتة إمبيريقياً.

6.2. العـــــــلاج التصـــــوري Catathymical Pictureexperience

يصف لوينر (Leuner,1981) مؤسس هذا الأسلوب العلاجي المعروف بشكل خاص في المحيط الناطق بالألمانية العلاج التصوري بأنه إحداث خبرة تصورية انفعالية مركبة في حلم يقظة. يقوم المعالج بتقديم موضوعات محددة كنقطة انطلاق ويتدخل في حلم اليقظة موجهاً ومثيراً وداعماً ومشجعاً، في أثناء سرد المريض له. ومن خلال مساعدة مواضيع معيارية تتم إثارة مجالات صراع نفسية عميقة. ويصنف هذا الأسلوب "مفاهيمياً" ضمن نموذج الدينامية النفسية التحليلية. ويعد العلاج التصوري علاجاً مختصراً يبلغ مداه بين 15-50 جلسة في الحالات العيادية (حتى المزمنة منها) من العصابات وصور الحالات النفسية الجسدية" (Leuner, 1982, P. 183).

وعلى أساس من نتائج الدراسات الراهنة لا يمكن بعد اعتبار العلاج التصوري أسلوباً علاجياً مبرهناً علمياً كفاية

7.2. التحليـــــل الوجـــــــودي

تم تطوير التحليل الوجودي من قبل بينسفاغنر (Binswagner,1955) و بوس (Boss, 1957). وفي المعالجة التحليلية الوجودية تتم محاولة فهم مشكلات المريض بوساطة رؤيته الشخصية الذاتية. أما هدف العلاج فيتمثل في جعل المريض يدرك إمكانات قراراته و نضجه. ويتم إيلاء أهمية كبيرة للعلاقة العلاجية أكثر من المقابلة الرسمية التي تتم بين شخصين، حيث يعتبر المريض هنا شريكاً. غير أنه لم يتم وصف تقنيات علاجية نوعية.

وينبغي اعتبار التحليل الوجودي في السياق القائم هنا حالة حدودية من منظورين. فقيمه تشبه كثيراً قيم المعالجات الإنسانية، بحيث يمكن تصنيفه ضمن فئة العلاج الإنساني أيضاً. غير أن مؤسسيها يربطونه بالتحليل النفسي، الأمر الذي جعلنا نصنفه هنا ضمن الأشكال العلاجية النفسية الديناميكية، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإنه من المشكوك به فيما إذا كنا نستطيع اعتبار التحليل الوجودي طريقة علاجية عيادية أم أنه من الأفضل اعتبار مجال استخدامها يقع ضمن المجال السوي. وبما أنه توجد دراسة تم استخدام التحليل الوجودي فيها كعلاج في عينة عيادية واضحة (فصامات مزمنة) فإن تقييمه كأسلوب علاجي يبدو مهماً. وعموماً يعتبر العلاج الوجودي من الأساليب غير المختبرة إمبيريقياً، بحيث لا يمكن استنتاج مقولات إمبيريقية حول مدى فاعليته.

3. العلاجــــــات الاستعرافيــــــة السلوكيـــــــة

تطلق تسمية الأساليب العلاجية الاستعرافية على تلك الطرق العلاجية التي تستخدم مستوى المعرفة المطور في علم النفس الإمبيريقي. وهي عبارة عن طرق علاجية قائمة على نظرية التعلم -السلوكية من جهة، وهي من جهة أخرى طرق علاجية تعطي الاستعرافات مركزاً مهماً في الحدث النفسي. كما وتطلق على الأولى تسمية طرق العلاج السلوكي وعلى الثانية طرق العلاج الاستعرافي. وبما أن هاتين الطريقتين العلاجيتين المختلفتين مفاهيمياً لا تستخدمان اليوم مع بعضهما بانتظام فحسب وإنما مدموجتان مفاهيمياً، فإننا نتحدث عن طرق العلاج الاستعرافية السلوكية. غير أن مصطلح الاستعرافي- السلوكي غالباً ما يساء فهمه. فهو لا يتضمن أنه في العلاج السلوكي تولى الأهمية للسلوك فحسب وفي العلاج الاستعرافي للاستعرافات، في حين يتم استبعاد الخبرة والانفعالات والدوافع...الخ أو يكون الاهتمام فيها أقل، وإنما يقصد بالاستعرافي السلوكي النموذجين أو الرؤيتين النظريتين السائدتين معاً اللتين تم بناء الطرق العلاجية على أساسهما. وقد كانت هذه الرؤية السلوكية للسيرورات النفسية مع نظريات التعلم السلوكية هي الرؤية السائدة حتى نهاية الخمسينيات في علم النفس الأنجلو أمريكي. وما يميز هذه المرحلة من تطور علم النفس أن كل سلوك قابل للملاحظة قد غدا وكأنه أساس لكل مقولة نظرية. وفي سياق الانقلاب

الاستعرافي لعلم النفس الحاصل في الستينيات من هذا القرن حلت بالتدريج محل هذه الرؤية النماذج النظرية التي لم تولي العمليات القابلة للملاحظة المباشرة أهمية وظيفية مركزية في الحدث النفسي - الذي جمع تحت مصطلح الاستعرافاتCognition-، من دون أن تتخلى عن الدلائل الموضوعية القابلة للملاحظة في كل الأحوال. ومن هنا فإن طرق العلاج السلوكي الأقدم و طرق العلاج الاستعرافي الأحدث عبارة عن مرحلتين متعاقبتين للمساعي نفسها، المتمثلة في استغلال مستوى المعرفة في علم النفس الإمبيريقي لأغراض علاجية. وقد انبثقت طرق العلاج الاستعرافي الجديدة من العلاج السلوكي الذي تم تطويره حتى ذلك الوقت (راجع Mahony,1977)، وفي حال طورت بالأصل بشكل مستقل عن العلاج السلوكي، كالعلاج الاستعرافي لإيليز (1962Ellis,) و بيك (Beck,1967) فإنها سرعان ما اندمجت في العلاج السلوكي واعتبرت تطويرات للعلاج السلوكي. ومن خلال هذا التطور تغيرت صورة العلاج السلوكي منذ نشوئه في الخمسينيات بالتدريج إلى درجة أن التسمية القديمة تعد اليوم تسمية في غير مكانهاanachronistic . ولم تعد تلعب نظرية التعلم السلوكية داخل العلاج السلوكي أي دور كنموذج تفسير، وحلت محلها تصورات من علم النفس الاستعرافي وأبحاث تمثل المعلومات. ومن أجل أخذ هذا الانزياح في التوكيد يتم اليوم الحديث عن العلاج الاستعرافي السلوكي بدلاً من الحديث عن العلاج السلوكي، وقد انضممنا لهذا الاستخدام لأن هذا الاستخدام أقل إثارة لسوء الفهم من استخدام العلاج السلوكي وحده.غير أنه من الأفضل لو تحدثنا عن "العلاج النفسي-الإمبيريقي Empirical-Psychological-Therapy"، ذلك أن علم النفس الإمبيريقي سوف يستمر في التطور المفاهيمي ومعه الطرق العلاجية المشتقة منه، وسوف يواجه الإنسان صعوبات يوماً ما إذا ما كان عليه أن يدخل كل مراحل تطور علم النفس ضمن تسمية شكل العلاج المرتبط به ارتباطاً وثيقاً. غير أنه لم يتم استخدام هذا المفهوم حتى هنا بشكل كاف، إلى درجة يتم فيها فهمه بشكل واضح من دون سوء فهم إذا ما استخدم . ومن هنا فسوف نستمر باستخدام مصطلحات استعرافي سلوكي وعلاجي سلوكي بشكل مترادف، لوصف اتجاه علاجي وطرق علاجية مطورة من قبله، قائم على تبادل وثيق مع علم النفس الإمبيريقي.

1.3. خفـــــض الحساسيـــة المنتظـــــم

يعد خفض الحساسية المنتظم الذي طوره وولبي (Wolpe,1958,1972) واحد من أقدم الأساليب العلاجية المبنية على أساس نظرية التعلم. فمن أجل التغلب على مخاوف المرضى المبنية على أساس مواقف معينة يقوم المعالج والمريض مع بعضهم ببناء تسلسل متدرج من المواقف المشحونة بالخوف، أي ما يسمى بهرم الخوف. ويقوم المريض بالتمرن على أن يجعل نفسه في حالة من الاسترخاء المريح، غالباً بوساطة الاسترخاء العضلي التصاعدي وفق ياكوبسون

(راجع أساليب الاسترخاء). وفي هذه الحالة من الاسترخاء يتصور المريض وبتوجيه من المعالج المواقف المنفردة لهرم الخوف. بدءاً من أقل المواقف إثارة للخوف إلى أن يتوقف الموقف عن إثارة رتكاس الخوف عند المتعالج. وقد افترض وولبي بالأصل بأنه من خلال الربط المنتظم مع الاسترخاء يحدث إشراط معاكس لارتكاس الخوف الأساسي. وفي وقت لاحق تم تصور مجموعة أخرى من إمكانات التفسير للتأثيرات المخفضة للخوف واختبارها تجريبياً. وقد حدث هذا غالباً فيما يسمى بدراسات المطابقة، أي مع أشخاص غير مضطربين عيادياً في الواقع.

وضمن أساليب خفض الحساسية المنتظم هناك أساليب تستخدم طريقة وولبي بصورة معدلة أو تكملها، كأن يتم استخدام تقنيات استرخاء أخرى غير الاسترخاء العضلي وفق ياكوبسون مثلاً كالاسترخاء الذاتي أو الإرجاع الحيوي أو الأدوية المهدئة، أو كأن يكمل خفض الحساسية المنتظم بعناصر استعرافية. ومن مثل هذه التعديلات الاستعرافية من هذا النوع على سبيل المثال تدريب التغلب على الخوف وفق سوين و ريتشاردسون (Suin & Richardson). وهنا يتعلم المريض في البداية الاسترخاء العضلي الكامل. ومن خلال موقف مطابق تساعد مشاعر الخوف المثارة كمنبه تفريقي، يتعلم المريض الاستجابة له باسترخاء. كما ويشكل "خفض حساسية ضبط الذات Self-control desensitization " لغولدفريد (Goldfried, 1971) تعديلاً آخر لخفض الحساسية المنتظم. وهنا يتمرن المرضى على تعليمات للاسترخاء من أجل أن يتعلموا بمساعدتها السيطرة بفاعلية في مواقف معينة على مشاعر الخوف التي تظهر وكيفية التغلب عليها.

ويعد خفض الحساسية المنتظم علاجاً فاعلاً جداً لمعالجة المخاوف النوعية من أنواع مختلفة. وقد أثبت فاعليته بشكل خاص في معالجة مخاوف الامتحان. غير أنه أقل ملاءمة لمعالجة الاضطرابات المركبة لدى المرضى الذين يمتلكون مستوى عام مرتفع من الخوف أو ميولاً اكتئابية شديدة، إذا ما تم استخدامه كطريقة وحيدة في العلاج. ويمكن توليف خفض الحساسية المنتظم بشكل جيد مع أساليب العلاج الاستعرافية السلوكية الأخرى وتحقيق التأثيرات في مثل هذا النوع من التوليف التي لا يمكن تحقيقها في خفض الحساسية المنتظم وحده. أما مجال الاستخدام وطيف التأثير فهو أكثر محدودية مما ادعاه ولبي مؤسس هذه الطريقة بالأصل. ولكن داخل هذا المجال المحدود تمتلك الطريقة تأثيراً موثوقاً مخَفضاً للخوف.

2.3. تدريـــــــب المهـــــارات الاجتماعيـــــــــــة

تجمع تحت تسمية "تدريب المهارات الاجتماعية" أساليب مختلفة، تختلف في تفاصيلها عن بعضها، غير أنه يكمن خلفها تصورات متشابهة جداً. أما التسميات الأخرى لهذه الطريقة فهي "تمرين الثقة بالنفس و تمرين الكفاءات الاجتماعية

وما يشبه ذلك. وتشترك جميع هذه الأساليب بأنها تهدف بمساعدة التعلم وفق النموذج ولعب الأدوار وتمارين السلوك والإرجاع التفريقي إلى تحسين كفاءات المريض على التمكن من التصرف في مواقف اجتماعية معينة بشكل أفضل وبطريقة مرغوبة (Fliegel et al., 1981).في حين أنه قلما يتم التطرق للمظهر الدافعي المتمثل في التساؤل عن سبب تصرف المريض حتى الآن بهذه الطريقة في مثل هذه المواقف وليس بالشكل الآخر.

وتعد النتائج الإمبيريقية حول تدريب الكفاءات الاجتماعية متينة بشكل كبير بحيث يمكن إطلاق أحكام موثوقة بشكل جيد حول فاعلية هذه الطريقة. فقد برهن تدريب المهارات الاجتماعية نفسه في عدد كبير من تشكيلات المشكلات المهمة عيادياً. وأفضل النتائج يتم تحقيقها مع المرضى المكفوفين غير الواثقين من أنفسهم. فمن أجل هذه المجموعات من المرضى يمكن لخفض الحساسية لمنتظم أن يكون طريقة الاختيار على رأس كل البدائل العلاجية الأخرى. غير أن فاعلية تدريب الكفاءات الاجتماعية لا تقتصر على هذه المجالات فحسب. فالفاعلية تمتد إلى طائفة عريضة من الاضطرابات النفسية والنفسية الجسدية وتؤثر بشكل إيجابي جداً على السلوك البين إنساني للمرضى حيث غالباً ما تترافق هذه التأثيرات مع تعديلات ملائمة أخرى كتخفيض الأعراض و تحسن الحالة العامة. وعندما نقارن تدريب الكفاءات الاجتماعية مع الطرق العلاجية الأخرى فإن تدريب الكفاءات الاجتماعية يمتلك ميزات كبيرة جداً. حتى بالمقارنة مع الطرق العلاجية المبرهن فاعليتها بشكل كبير نسبياً لم يكن تدريب الكفاءات الاجتماعية أقل فاعلية بل أكثر فاعلية إلى حد ما. وإذا ما تم توليف تدريب المهارات الاجتماعية مع الأساليب العلاجية الأخرى فإنه يحقق أقصى فاعلية يمتلكها، فمن خلال التوليف مع طرق العلاج الاستعرافية أمكن تحقيق فاعلية جيدة جداً فوق المتوقع.

وتمتلك هذه النتائج أهمية عيادية كبيرة. فهي تؤيد إمكانية استخدام الإجراءات العلاجية لرفع الكفاءة الاجتماعية في الممارسة العلاجية النفسية مع كثير جداً من المرضى مع الحصول على فوائد جمة، ولهذا السبب بالذات لا بد من استخدام هذه الإجراءات.فإمكانات هذا الشكل العلاجي من التدخل تصبح على حساب كثير من المرضى الذين يمكن أن يستفيدوا جداً منها، و لايستغلها غالبية المعالجين في الوقت الراهن، هذا إذا ما كانوا يأخذونها بعين الاعتبار عموماً.

من ناحية ثانية فإن تقارير النتائج تمتلك قيمة معرفية نظرية كبيرة بالنسبة لتطوير تفهم مناسب حول الكيفية التي يمكن فيها إحداث التأثيرات العلاجية النفسية بالشكل الأمثل. فالسؤال الذي يتصدر الأساليب العلاجية "الكاشفة" ذات الاتجاه الاستبصاري عن لماذا، أي عن الدوافع الفردية الكامنة خلف السلوك الإنساني، لا يؤخذ في تدريب الكفاءات الاجتماعية بعين الاعتبار بشكل واضح. ففي تدريب الكفاءات الاجتماعية تتصدر مسألة القدرة وعدم القدرة مركز

الصدارة. وسلوك المريض يؤخذ كما هو، ولا يتم طرح السؤال الدوافعي، وإنما يتم دعم المريض بشكل فاعل من أجل أن يتمكن من التعامل مع المواقف الاجتماعية الصعبة بشكل أفضل. إنه يهيأ على ويوجه نحو جمع خبرات واقعية جديدة في علاقاته البين إنسانية، وذلك من خلال أن يتمكن من أن يعيش ذاته أكثر كفاءة في هذه العلاقات مما هو قائم حتى الآن. وبالمقدار الذي يتحقق فيه ذلك في العلاج، فإنه يبدو أنه ليس السلوك الاجتماعي وحده هو الذي يتحسن وإنما غالباً ما يتحسن أيضاً مفهوم الذات والحالة العامة و الأعراض العيادية بصورة كبيرة. وعندما يساعد المعالج المريض من خلال التمرين الفاعل والدعم على أن يتمكن من أن يعيش علاقاته بالآخرين أكثر كفاءة، عندئذ يمكنه إحداث تأثيرات أخرى متنوعة في الحالة العامة للمريض. ولا بد من ملاحظة أن هذه التأثيرات الإيجابية تظهر من دون التطرق على الإطلاق إلى أي نوع من الصراعات الكامنة خلف السلوك، هذا عدا أنه من دون معالجتها أيضاً. وتشكل نتائج تدريب الكفاءات الاجتماعية دليلاً على أنه يمكن تحقيق تعديلات واسعة و ثابتة في السلوك والخبرة وفي الحالة العيادية لدى مرضى شديدي الاضطراب، من دون التعرض على الإطلاق إلى المظاهر الدافعية للسلوك. وتشير الفاعلية الكبيرة لهذا الأسلوب المتمركز حول توسيع الكفاءة بشكل كلي إلى أنه يمكن من خلال تدريب الكفاءات الاجتماعية تنشيط آليات تأثير علاجية نفسية مركزية. وهذه الآليات لا بد من مراعاتها في نظرية علاجية نفسية مناسبة للتعديل بمنحها مركزاً مناسباً.

3.3. المواجهـــــــة بالمثيـــــــــــر

نقصد بالمواجهة بالمثير هنا تلك الأساليب التي تتم فيها مواجهة المرضى الذين يعانون من مخاوف متعلقة بالموقف مع الموقف المثير للخوف وجهاً لوجه. وعلى العكس من خفض الحساسية المنتظم لا يتم هنا تجنب ظهور الخوف، حتى الشديد منه، وإنما تشكل خبرة وتحمل مشاعر الخوف التي تم تجنبها حتى الآن جزءاً أساسياً من العلاج بالمواجهة . إذ يتم تعريض المريض للمواقف المثيرة للخوف عنده لمدة طويلة –تمتد المواجهة بالمثير لساعات عدة- بكامل الشدة، و يتم منعه من تخفيض خوفه من خلال الهرب أو التجنب، إذ لا بد له من أن يخبر أنه يستطيع التغلب على الموقف من دون العواقب الكارثية أو المزعجة المتوقعة. وتختلف الإجراءات المختلفة حسب فيما إذا كان يتم تعريض المريض للخوف خطوة فخطوة (بشكل متدرج) أو تعريضه لخوف شديد دفعة واحدة و حسب ما إذا كانت المواجهة تحدث عن طريق التصورات (in- sensu) كما هو الأمر في خفض الحساسية المنتظم أو من خلال اختيار مواقف واقعية مناسبة (in- vivo). ويمكن تقسيم الدراسات المتوفرة في هذا المجال وفق هذه السمات التفريقية إلى ثلاث طرق مختلفة:

- المواجهة الواقعية المتدرجة بالمثير Graduate in-vivo-Stimulus confrontation

وتسمى أيضاً بتدريب الاعتياد أو التعود Habituationstraining : وهنا تتم مواجهة المريض مباشرة مع موقف ما يخافه بوضوح على أرض الواقع، ولكن لا يكون هو الموقف الذي يثير فيه أشد المخاوف. وبعد ذلك يتم الاقتراب بالتدريج من الموقف أو المواقف الأشد إثارة للخوف.

- المواجهة الواقعية الشديدة بالمثير massive in-vivo-Stimuluscofrontation

كما وتسمى الإفاضة Flooding أو الإغراق بالمثير Stimulusflooding: تتم مواجهة المريض بشكل مباشر ولفترة طويلة بالمواقف الأكثر إثارة للخوف. وفي بعض الأحيان يتم التحضير للموقف الواقعي المثير للخوف مسبقاً من خلال المواجهة مع المثير بالتصور.

- المواجهة التصورية الشديدة بالمثير massive in-sensu Stimuluscofrontation

وتطلق عليها تسمية المواجهة الضمنية أيضاً: تتم مواجهة المريض من خلال التصورات بالموقف المثير للخوف بأقصى درجة، غالباً ما تصل إلى حد مبالغ به.

وتتضمن هذه الطرق الثلاثة أن يتحمل المريض المواجهة لفترة زمنية طويلة من دون أن تتاح له أية فرصة للهرب أو التجنب. ولا يتم إيقاف المواجهة إلا بعد أن يستطيع المريض تحمل الموقف دون خوف. وعدا عن اختلاف الطرق المدروسة في السمات الثلاثة المذكورة أعلاه فإنها تختلف عن بعضها في مجموعة أخرى كاملة من السمات على نحو التعاقب الزمني للمواجهات (يومياً أم أسبوعياً مثلاً)، مع أو دون وجود المعالج، مع أو دون حضور الشركاء الواقعيين (الزوج أو الزوجة، الأهل..الخ)، تنفيذ في المجموعة أم بشكل فردي وسمات أخرى كثيرة.

يمثل العلاج بالمواجهة أحد أكثر التطويرات المذهلة لعلم النفس الإمبيريقي. وانطلاقاً من النجاح الضئيل الذي حققته أول طريقة علاجية سلوكية لمعالجة القلق، أي من المقدار الضئيل من النجاح الذي حققه خفض الحساسية المنتظم في معالجة رهابات الأماكن العامة والقسر تم بالتدريج تطوير الأساليب المختلفة من المواجهة التدريجية والشديدة واختبارها إمبيريقياً. وفي حين كانت رهابات الأماكن العامة والقسر قبل ثلاثين سنة تعد من الاضطرابات المعندة جداً على المعالجة وكانت عيادات الطب النفسي تعج بمرضى هذه الاضطرابات، فإن الصورة اليوم قد تغيرت بشكل كبير. فالمرضى يمتلكون اليوم فرصة ملائمة جداً، وهذا كله تقريباً بفضل المواجهة بالمثير. ولا نبالغ اليوم إذا قلنا: إن أساليب المواجهة بالمثير تبرهن نفسها باطراد متزايد على أنها طريقة الاختيار لمعالجة القسر ورهابات الأماكن العامة. حتى أنه ظهر تفوق معالجات المواجهة بالمثير المعيارية في هذين الاضطرابين على المعالجات التي تم فيها تطوير برنامج علاجي فردي مثالي بالنسبة لكل مريض على حدة وتم فيه استخدام كل طرق العلاج التي تبدو مفيدة(Schulte et al.,1990,1992; Emmelkamp,1990). ولا يمكن تفسير هذه النتائج إلا من خلال أنه ليس هناك

أفضل من المواجهة بالمثير في هذه الاضطرابات وبالتالي فإن استبدال أسلوب آخر بالمواجهة بالمثير سوف ينعكس على شكل سوء في نتيجة العلاج إلى حد ما. ولا بد من الإشارة هنا أيضاً إلى تطوير جديد لمعالجة الخوف ظهر بعد عام 1983، ألا وهو معالجة نوبات الهلع غير المرتبطة بالموقف، المترافقة على الأغلب مع مخاوف الأماكن العامة (Ehlers & Margraf, 1990)، والتي تظهر كذلك من دون رهابات أماكن عامة. وفي هذه الأثناء تم تطوير أساليب معالجة فاعلة جداً يتم استخدامها أيضاً بالتوليف مع المواجهة بالمثير. (Maragraf & Schneider,1990)

ويجب ألآ تعمي النجاحات الجيدة جداً في المتوسط للمعالجات المواجهة الواقعية بالمثير عن وجود فشل أيضاً في هذا النوع من المعالجة، على شكل الفشل في تخفيض الأعراض وأن هناك مرضى لم تكن نتائج العلاج مرضية معهم من منظور آخر على الرغم من تخفيض الأعراض. وهذا يشير إلى أنه ينبغي دمج المواجهة بالمثير في الممارسة العيادية ضمن إجراء علاجي شامل يراعي أيضاً أهداف العلاج التي لا يمكن إحداثها بالموجهة بالمثير، وأخذ الظروف القائمة من جانب المريض بعين الاعتبار التي يمكن أن تقف في وجه معالجة الأعراض من خلال المواجهة بالمثير. ولا تتضمن حقيقة فاعلية العلاج النفسي المتمركز على العرض، على نحو المعالجة بالمثير، الاستنتاج المتمثل في أنه على المعالجة في العيادات أن تقتصر على إجراء مثل هذا النوع من المعالجات المتمركزة حول العرض أبداً. فالاستنتاج الوحيد الذي ينبغي بالفعل استنتاجه من نتائج الدراسات الإمبيريقية التي أجريناها أو قومناها هو أنه لابد في كل الأحوال من استخدام المعالجة بالمواجهة بالمثير مع مرضى يعانون من القسر أو رهابات الأماكن العامة من أجل تخفيض الأعراض الرئيسية لديهم بسرعة وفاعلية. والمعالجون الذين لا يقومون بذلك، بغض النظر عن الأسباب، يتركون مرضاهم تحت رحمة معاناة طويلة أو لا نهائية غير لازمة أبداً، ويخرقون –هذا ما يمكننا اليوم قوله- القواعد الفنية. إنه لتقدم كبير لأبحاث العلاج النفسي أن توجد اليوم مجالات جزئية من العلاج النفسي على الأقل –من ضمنها الاضطرابات والأساليب المعالجة في هذا التقرير، يمكن للمرء أن يتوقع استخدامها من قبل معالج نفسي يعمل وفق قواعد فنية. أما أن الأمر يبدو اليوم في الممارسة العلاجية مختلفاً كلية عن هذا، من خلال أنه يتم خرق هذه القاعدة الفنية أو تلك ، فذلك لا يرجع إلى حالة أو مستوى البحث، وإنما إلى خصوصيات نظام الإمداد العلاجي النفسي و نظام التأهيل، الذي يريد هذا الكتاب الإسهام في التغلب عليه. وقد عرضنا في البداية والفصل الأخير لتفاصيل ذلك.

4.3. الإرجـــــاع الحيـــــــوي Biofeedback

يتكون هدف العلاج بالإرجاع الحيوي من تعليم المريض السيطرة على عمليات نفسية فيزيولوجية محددة، يفترض أنها على علاقة وظيفية بأعراضه القائمة. وهنا يتم قياس مؤشرات معينة للوظائف النفسية الفيزيولوجية كضغط

الدم وحرارة الجسد والتوتر العضلي والتروية الدموية و نبض الدم...الخ، وجعلها مدركة من قبل المريض من خلال إشارات صوتية أو ضوئية مناسبة. وعلى المريض أن يحاول تعديل هذه الإشارات في الاتجاه المرغوب، علماً أنه تترك الحرية له في إيجاد الطريقة التي يحقق فيها هذا بشكل أفضل. وينبغي للمريض أن يتعلم من خلال الإرجاع الذي يحصل عليه التمكن من التأثير على عمليات نفسية فيزيولوجية معينة بشكل واع في اتجاه معين. ويمكن التمييز بين طرق مختلفة من الإرجاع الحيوي من خلال البارامترات النفسية الفيزيولوجية المرجعة إلى:

- EMG-Feedback: يتم تحويل التوتر العضلي في مناطق محددة من الجسد كالكتفين أو الجبهة عن طريق الراسمة العضلية الكهربائية electromyographic و إعطاء المريض إرجاعات بصرية أو سمعية. ويطلب من المريض أن يحاول تخفيض توتره العضلي بالطريقة التي يراها هو نفسه مناسبة.

- الإرجاع الحراري للجلد: غالباً ما يتم استخدام هذا الشكل من الإرجاع الحيوي لدى مرضى الشقيقة. وهنا يتم إعطاء المريض إرجاعاً حول الفرق بين حرارة الجبهة وحرارة اليد. وعليه أن يتعلم أن يجعل يداه أكثر دفئاً من جبهته. ويهدف هذا الإجراء إلى التأثير إيجابياً على اضطراب التروية الدموية في مجال الرأس.

- الإرجاع الوعائي الحركي: يغلب استخدام هذا الشكل من الإرجاع في معالجة الشقيقة أيضاً حيث يتم التسجيل البليثمسموغرافيكي Plethysomgraphic وإعطاء إرجاعات لدرجة التروية الدموية في أوعية دموية مختلفة للرأس. وعلى المريض أن يتعلم حث التقلصات الوعائية، أي تخفيض التروية الدموية في الأوعية بشكل واع.

- إرجاع مقاومة الجلد: تكشف قدرة الجلد على التوصيل الكهربائي الإثارة الانفعالية. وعلى المريض أن يتعلم رفع مقاومة الجلد للتوصيل الكهربائي الذي يتم إرجاعه له أو تخفيض قدرة الجلد على التوصيل الكهربائي.

- إرجاع ضغط الدم: يتم هنا تسجيل ضغط دم المريض وإرجاعه. وعلى المريض أن يحاول تخفيض ضغط دمه.

- إرجاع نبض القلب: يتم هنا إرجاع نبض القلب أو ضرباته أو تخطيط القلب الكهربائي.

- إرجاع تخطيط الدماغ: يتم إرجاع بعض الموجات الكهربائية الدماغية للمريض، التي تميز حالة محددة. وتترافق موجات ألفا مع الاسترخاء والهدوء والمشاعر المرغوبة. وعلى المريض أن يتعلم توليد كثير من موجات ألفا قدر الإمكان ووضع نفسه شعورياً في هذه الحالة الخاصة من الخبرة . وعند وجود اضطرابات في النوم يتم إرجاع موجات ثيتا Theta التي تميز مرحلة النعاس

5.3. المعالجـــــــات بالتنفيـــــــر

المعالجات بالتنفير عبارة عن أساليب تستخدم شكلاً من أشكال المثيرات المنفرة كوسيلة علاجية. وتقوم هذه الأساليب على فرضيات نظريات تعلميه إشراطيه. ويمكن تقسيم الإجراءات المدروسة إلى أربعة مجموعات.

يتم ربط أنماط سلوك محددة أو مثيرات معينة مع المثير المنفر. وضمن هذا يقع العلاج التنفيري الكيماوي (كربط الكحول مع مشاعر إقياء شديدة) وكذلك العقاب أو الإشراط التقليدي مع صدمات كهربائية أو ضجيج. أما الهدف من هذا الإشراط التنفيري فيتمثل في بناء قدرة كف للسلوك غير المرغوب كتناول الكحول أو التهيج الجنسي تجاه الأشخاص من الجنس نفسه لدى الجنسيين المثليين.

قطع النفور: يتم قطع المثير المنفر بعد سلوك معين مرغوب للمريض أو بشكل مرافق له من خلال مثير معين يسعى إلى إشراطه.

سحب المعزز: يعاقب سلوك غير مرغوب من خلال سحب المعزز الإيجابي.

تعلم التجنب: يسعى إلى تخفيض سلوك غير مرغوب من خلال تمكن المريض من تجنب المثير المنفر المرتبط بالسلوك غير المرغوب أو بردة الفعل غير المرغوبة وذلك بأن يستجاب بشكل مختلف عن الاستجابة بالسلوك غير المرغوب. فمثلاً يستطيع الجنسي المثلي أن يتجنب صدمة كهربائية من خلال اختياره لصورة امرأة عارية بدلاً من اختيار صورة رجل عار.

وفي هذا المقام لابد من الإشارة إلى أنه من الحقائق المؤكدة في مجال العلاج النفسي أن بعض الاعتراضات على العلاج السلوكي من المعالجين النفسيين ومن قبل الجمهور العريض قد نشأت مع ومن خلال تطوير واستخدام تقنية التنفير هذه، حتى وإن كانت غالبية المعالجين السلوكيين لم تستخدم إحدى هذه الإجراءات على الإطلاق، أو أنهم لن يستخدمونها أبداً بغض النظر عن فاعليتها.

وبشكل عام يمكن القول بشكل مؤكد أنه من خلال الاستخدام الهادف للعلاج بالتنفير يمكن تحقيق تأثير كاف على أنماط مختلفة من السلوك الارتكاس المهمة عيادياً. وقلما يوجد إنسان يشكك اليوم في هذا، إذ أن هذه الطرق قد أثبتت نفسها حتى في الحياة اليومية من أجل كف السلوك غير المرغوب. ولكن السؤال الذي يطرح حول فيما إذا كان علينا بالفعل استخدام هذه الطرق لأغراض عيادية. ونحن لا نريد منذ البداية استبعاد، أنه يمكن أن يبدو استخدام الطرق التنفيرية مبرراً، إذا ما بدا أنه لا توجد طريقة أخرى، من أجل مساعدة مريض ما للخروج من وضعه الذي يبدو بلا أمل. غير أن هذا ليس هو الحال هنا في

الاستخدامات التي قمنا بدراستها. فبالنسبة للرهابيين هناك تقنيات برهنت صلاحيتها بشكل كبير في معالجة الخوف، كخفض الحساسية المنتظم والتقنيات السلوكية الاستعرافية وبشكل خاص تقنيات المواجهة بالمثير. وكذلك بالنسبة للقسر. فمن خلال " التدخل الاستجابي أو التكراري response prevention " توجد طريقة علاجية صالحة إلى مدى كبير. ومن أجل معالجة الكحوليين تم تطوير طرائق علاجية واسعة يستند إلى المحيط الاجتماعي والنفسي الكلي لتناول الكحول. وقد وجدت تأثيرات أفضل لهذه البرامج الشاملة من المعالجة بالتنفير، و☎بشكل خاص في مجالات التعديل خارج الشرب بحد ذاته. أما موضوع أن اللجلجة لا يمكن تحسينها من خلال العلاج بالتنفير، فذلك كان متوقعاً منذ البداية طبقاً لنموذج التفسير السائد حالياً لاضطراب اللغة هذا. ولحسن الحظ هناك مبادئ علاجية أفضل ومبرهنة تأخذ بعين الاعتبار البعد الاجتماعي للكلام المتلجلج. أما تجاهل البعد الاجتماعي للمشكلة المعنية المعالجة في دراسات العلاج بالتنفير فهو أمر شنيع وبشكل خاص في دراسات معالجة الجنسية المثلية لدى الرجال. فلو لم نقرأ ذلك مكتوباً لما كنا نصدق بأن تخطر بالفعل على بال إنسان ما فكرة "شفاء" الناس ذوي التوجه الجنسي نحو الجنس نفسه من اختلافهم بهذه الطريقة. ونحن نرى أن غالبية أشكال استخدام تقنيات العلاج التنفيري التي عرضناها واقعة في الجانب الآخر مما يمكن تقبله أخلاقياً وذلك لأسباب ثلاثة، يكفي كل واحد منها وحده للتخلي عن استخدام هذه الطريقة:

1- يتم إلى حد ما السعي نحو أهداف مشكوك بها إلى درجة كبيرة جداً من دون مناقشة مسائل القيمة التي تطرح من خلال ذلك بشكل جذري.

2- يستثنى المحيط النفسي والاجتماعي للاضطراب المعني وبالتالي يبقى مستوى المعرفة العلمي المحقق في هذا المجال بلا مراعاة على الإطلاق.

3- يتم إنكار أنه توجد بالنسبة لكل هذه الاضطرابات معالجات تحقق في المجال العرضي تأثيراً مساوياً على الأقل إن لم يكن أفضل، هذا بالإضافة إلى إحداثها تعديلات إيجابية في المجالات الأخرى، التي على ما يبدو لم يسعى إليها باحثوا دراسات العلاج بالتنفير.

لم نستطع من الدراسات التي قمنا بتحليلها إيجاد أي مبرر واضح حول لماذا لم يتم أخذ إمكانات المعالجة الأخرى مع المرضى المعنيين بعين الاعتبار. فقد كان هذا الأمر سيكون أفضل من أجل الإمداد العيادي لهؤلاء المرضى. غير أنه أيضاً لم نستطع التعرف إلى وجود اهتمام بحثي منطقي يبين أن القيام بمثل هذه الدراسات كان مبرراً أو مرغوباً. و لا يتمالك المرء نفسه في دراسات هذه الأبحاث من القول هنا أنه لم يتم أخذ حق المرضى في أفضل شكل من المعالجة الممكنة لهم مأخذ الجد، ولم تتم مراعاة مسائل القيمة الأخرى إلا بطريقة غير مسؤولة. وبالتالي فإن دراسات العلاج بالتنفير تشكل فصلاً غير مسر بالمرة من فصول أبحاث العلاج النفسي.

6.3. الأهــــداف المتناقضـــــة Paradox Intention

لا تشكل الأهداف المتناقضة أسلوباً علاجياً مستقلاً وإنما يمكن استخدامها كتقنية علاجية خاصة في إطار معالجات أخرى. كما وأنه لا يمكن تصنيفها بوضوح ضمن اتجاه علاجي معين. فهي تستخدم من معالجين من مختلف الاتجاهات والمدارس وبتسميات مختلفة: الممارسة السلبية negative praxis (Dunlap)، الأهداف المتناقضة(Frankel,1960) ، التناقض العلاجي Therapeutically Paradox (Selvini-Palazzoli et al.,1967)، توصيف العرض (Wazlawick, Beavin Jackson,1967).وقد تم هنا تصنيفها ضمن التقنيات العلاجية السلوكية لأن الاهتمام الإمبيريقي بهذه التقنية قد تم من قبل باحثين ذوي توجه سلوكي بشكل خاص ولأنها من ناحية قيمتها كتقنية علاجية خاصة أقرب لبعض التقنيات العلاجية السلوكية، التي لا تشكل بحد ذاتها علاجاً شاملاً بعدوفي الأهداف المتناقضة يتم الطلب من المريض أن ينتج أعراضه بشكل مقصود بدلاً من مقاومتها بلا طائل. وعلى المريض أن يحاول القيام بإرادته ما يخشى القيام به في العادة. وهنا يفترض أن يتم استبدال الخوف من العرض برغبة غير عقلانية متناقضة. فأنماط السلوك غير المرغوبة كالعرات التي تظهر في العادة بشكل لا إرادي، يتم إنتاجها واقعياً وتكرارها باستمرار؛ والمريض بالأرق (اضطرابات النوم) عليه أن يقرر عدم النوم بقصد ...الخ.. ولكن ليس بالضرورة أن يتصدر توصيف العرض مركز الصدارة، وإنما تلعب إعادة التفسير الإيجابية للأعراض دوراً مهماً أيضاً.

ووفق الدراسات المتوفرة فإنه لا يمكننا أن ننصح بالاستخدام العام للأهداف المتناقضة لمعالجة أعراض كاضطرابات النوم والرهابات. فهناك طرق أفضل للمعالجة الروتينية لمثل هذه الاضطرابات. ولكن يبدو أن هناك مرضى يستجيبون جيداً للعلاج بالأهداف المتناقضة، وهؤلاء المرضى هم الذين يبدو أنهم يستجيبون بالمقاومة للعلاج بالأساليب غير المتناقضة على نحو أساليب الاسترخاء أو التدخلات العلاجية السلوكية المباشرة. فبالنسبة لهؤلاء المرضى يمكن أن تشكل الأهداف المتناقضة بديلاً للأساليب التي قد تكون في العادة من النخب الأول لمعالجة الأعراض المعنية. وعموماً يمكن القول إن نتائج الدراسات ترجح القول إنه ينبغي عدم استخدام الأهداف المتناقضة في المجال العيادي كطريقة مستقلة ووحيدة في العلاج إلا في الحالات الاستثنائية.

7.3. العــــلاج الانفعالـــي- المنطقــــي Rational-emotive Therapy.

يصنف العلاج الانفعالي المنطقي الذي طوره ألبيرت إيليز في خمسينيات هذا القرن من طرق علاج السلوك الاستعرافية Cognitive Behaviorstherapy.وكما هو الحال في العلاجات المنطقية الأخرى يسعى هذا الإجراء إلى تحقيق الأهداف الثلاثة التالية :

- الكشف عن التقديرات والقناعات و التقييمات غير المناسبة ("irrational Beliefs").

- تطوير أنماط تقييم جديدة.
- ينبغي تطبيق أنماط التقييم الجديدة في المواقف المشكلة المختلفة الإرهاقات على شكل ممارسة مهارات تغلب جديدة.

ووفقاً لذلك يتضمن العلاج الانفعالي المنطقي ثلاثة أطوار متداخلة: تحليل (الذات) المنطقي، تمارين التوهم أو الخيال الانفعالي المنطقي rational-emotive Imaginations- or Fantasyو تدريب السلوك. وتعد طريقة إدارة المحادثة الجدلية argumentative على نحو "الجدل السقراطي"؛ و الملاحظة المنهجية للذات لإبراز "القناعات اللامنطقية" والتشكيك بها؛ و تحليل الموقف والفعل فيما يتعلق بالسلوك "اللامنطقي" من التقنيات "المنطقية" بشكل خاص. وفي العلاج يتم العمل بشكل ملموس قدر الإمكان بهدف أن يتمكن المريض من تبني الإجراء واستخدامه في المستقبل في مشكلات جديدة. ويتم التشجيع على المشاركة القوية للمريض .(Diekstra,1979)ومنذ بداية العلاج الانفعالي المنطقي ما زال يستخدم بشدة تمارين سلوكية ملموسة، إلى درجة أنه يمكن اليوم اعتبارها بحق علاجاً استعرافياً للسلوكCognitive Behaviorstherapy ، من دون وجود تحديد واضح عن الطرق الاستعرافية السلوكية الأخرى . Cognitive-behavioral-Methods وتشكل "إعادة البناء المنطقي المنهجية" لغولد فريد وديتسينتو و واينبيرغ

(Goldfried, Decento & Weinberg, 1979) إحدى أشكال العلاج الانفعالي المنطقي المنبثقة عن العلاج السلوكي.

ويمكن اعتبار العلاج الانفعالي المنطقي من الطرق العلاجية الفاعلة جداً في مجموعة كبيرة من الاضطرابات كالمخاوف الاجتماعية وعدم الثقة بالنفس والاكتئابات العصابية واضطرابات الشخصية والعصابية الأخرى. غير أن مجال الاستخدام المختبر حتى الآن يقتصر على المرضى القادرين على إدارة حياة عادية إلى مدى كبير. وقد ثبت أن العلاج المنطقي الانفعالي أكثر فاعلية إذا ما أجري فردياً. ويحتاج الأمر إلى تفسير، فيما إذا كان سبب ذلك يرجع إلى أن الاهتمام الفردي بأنماط التقييم الاستعرافية للمريض في مدة العلاج القصيرة جداً المحققة حتى الآن في المجموعة لم يكن مكثفاً كفاية. عدا عن ذلك يكون العلاج أكثر فاعلية إذا ما تم ربط تحليل وتعديل أنماط التقييم الاستعرافية مع تمارين سلوكية ملموسة للتغلب على المواقف الصعبة، التي تثار أو تتجدد فيها التقييمات المطابقة. وعندما نستعرض البروفيل المدهش جداً للعلاج الانفعالي المنطقي مع التحسن العام في مجالات متنوعة من التعديل ونأخذ بعين الاعتبار هنا كيف تم تحقيق ذلك من خلال مدة علاجية قصيرة، عندئذ ينبغي للمرء منح المسائل الكامنة خلف أنماط التقييم الجديدة وممارسة هذه الأنماط قيمة أسلوب علاجي فاعل جداً. ويمكننا تصور مثل هذا الإجراء كجزء من علاج شامل، يسعى فيه إلى تحقيق أهداف أخرى أيضاً واستخدام أساليب علاجية أخرى.

وتتيح لنا النتائج المتوفرة حتى الآن استنتاج أن مثل هذا التوليف مع مركبات علاجية أخرى مفيد جداً. و يتيح القرب من العلاج السلوكي بكل طرقه المبرهنة إمبيريقياً إلى عدم اعتبار العلاج الانفعالي المنطقي طريقة علاجية مستقلة كثيراً وإنما عبارة عن إجراء يمكن استخدامه بنجاح كبير في إطار العلاجات السلوكية الاستعرافية الأوسع. وقد يكون من المرغوب فيه من منظور الأهمية العملية لو أن الدراسات تتوقف عن دراسة العلاج المنطقي الانفعالي بحد ذاته وإنما تدرس مساهمة الطرق الاستعرافية المطابقة في إطار معالجات أطول يجريها معالجون خبيرون في مجالات الاستخدام العيادية المهمة، إذ أن النقص الكبير في الأبحاث المتعلقة بالعلاج المنطقي الانفعالي حتى الآن يكمن في التمثيلية Representativity المشكوك بها بالنسبة للممارسة العلاجية الواقعية. ولكن هذا الانتقاد لا يغير من أن العلاج المنطقي الانفعالي يعد أسلوباً علاجياً فاعلاً، غير أن الفائدة الفعلية لهذا الأسلوب بالنسبة للممارسة العيادية مازالت غير مسبورة كفاية.

8.3. تدريـــــــــب المواجهـــــــة الاستعرافيـــــة

يهدف تدريب المواجهة الاستعرافية إلى تمكين المريض من خلال تعديل العمليات الاستعرافية إلى درجة يستطيع فيها التغلب بنفسه على المواقف المشكلة وبشكل خاص المواقف المرهقة التي تثير فيه القلق والألم. ومن ضمن طرق تدريب المواجهة الاستعرافية المعدة بالتفصيل بشكل خاص تمرين التعليمات الذاتية أو التوجيه الذاتي و "تدريب اللقاح ضد الإرهاق" وفق مايشيتباوم (1977)، و كذلك تدريب التغلب لهولرويد و أندراسك وويستبروك (Holroyd, Andrasik & Westbrook ,1977).والفرضية المركزية لأساليب المواجهة الاستعرافية هي تحضير السلوك من خلال الاستعرافات ومرافقته بها وتقييمها من خلاله.ويطلق مايشنباوم على هذه الاستعرافات "الأحاديث الذاتية". وتعتبر الأحاديث الإشكالية غير الملائمة أساساً جوهرياً لنشوء واستمرارية الاضطرابات النفسية. وطبقاً لذلك يتم توجيه الإجراء العلاجي بشكل خاص نحو بناء "نقاش داخلي" أو توجيهات ذاتية ملائمة وذلك من خلال تقديم النموذج والتمرن في الموقف العلاجي والتطبيق على المواقف الإشكالية الواقعية. وقد تم تصميم "تدريب اللقاح ضد الإرهاق" لمعالجة القلق بشكل خاص. ففي "مرحلة التربية" يحاول المعالج في البداية أن يقرب المريض من رؤية نفسية-استعرافية لسلوكه. وفي "مرحلة التجريب"يتم التمرن على ممارسة الأحاديث الذاتية باعتبارها عمليات تغلب استعرافية في موقف إشكالي تعليمي. وفي "مرحلة التطبيق" يتم اختبار وترسيخ سيرورات التغلب ضمن مواقف إرهاق واقعية ومتنوعة. وعدا عن استخدام تدريب المواجهة الاستعرافية في المخاوف يستخدم أيضاً لضبط الذات في الغضب وانفجاراته وفي معالجة حالات الألم. ويوجد عدا عن أساليب التغلب الاستعرافية المذكورة أساليب تغلب ذات توجه استعرافي تختلف عن الأساليب المذكورة في بعض التفاصيل ولكنها تشترك أيضاً في تفاصيل كثير، بحيث يبدو أمر تجميعها مع بعضها في نتائج تقاريرينا مبرراً.

وبشكل عام يوجد القليل من النتائج حول فاعلية تدريب المواجهة الاستعرافية وحول الفاعلية التفريقية له. ومن هذه الناحية فلا بد من مزيد من البحث. وبغض النظر عن الفهم الدقيق للطريقة التي يحقق فيها تدريب المواجهة الاستعرافية تأثيراته ومع أي نوع من المرضى وما هي الأسباب التي يكون فيها ملائماً أو غير ملائم، فإن دراسات الفاعلية المتوفرة تبرر استخدامه المنتشر في كل الأحوال. وعلى ما يبدو فإنه يمكن من خلال تدريب المواجهة الاستعرافية تحقيق تحسينات كبيرة ودائمة في كثير من الاضطرابات. ونظراً لمجال استخدامه الواسع واقتصاديته الكبيرة –لم تدم المعالجات المدروسة أكثر من 📄🗁 جلسة إلا في حالات استثنائية فقط-فإنه يبدو أن تدريب المواجهة الاستعرافية ملائم للاستخدام الواسع في الممارسة العلاجية العيادية اليومية. فهو من الطرق التي يسهل تعلمها ومن هنا يستطيع المعالجون النفسيون الذين لا يمتلكون تأهيلاً علاجياً كاملاً أن يتعلموه بسرعة واستخدامه بنجاح، إذا ما أرادوا مساعدة المريض في التغلب على صعوبات معينة بشكل فاعل. ومن هنا نتمنى أن يصبح تدريب المواجهة الاستعرافية من عتاد كثير من المعالجين النفسيين قدر الإمكان.

9.3. علاجـــــات حـل المشكـــــــــلات

منذ بداية السبعينيات تم على أساس تصورات ونتائج أبحاث الأسس النفسية الاستعرافية تطوير أشكال متنوعة من علاجات حل المشكلات. وقد تم في العلاج تطبيق إجراءات حل منهجية للمشكلة على مشكلات المريض. وتختلف علاجات حل المشكلات المختلفة عن بعضها إلى حد ما في فصل الخطوات المنفردة لحل المشكلة، غير أن المعالجات القائمة على حل المشكلات تتضمن كلها في جوهرها الخطوات المتداخلة التالية من حل المشكلات:

- بناء أو إنشاء توجه نحو حل المشكلة
- تحليل المشكلة، تحقيق تعريف للمشكلة من خلال تحليل الهدف والموقف
- تجميع الخطوات أو الإجراءات الممكنة لتحقيق الأهداف
- اتخاذ القرار للقيام بخطوات معينة، الواجبات الذاتية للمريض
- تنفذ الخطوات
- تقييم نتيجة الطريق المختار و في مقتضى الحال الاجتياز من جديد لمقاطع محددة من عملية حل المشكلة.

ويتم من خلال اجتياز الخطوات المنفردة لحل المشكلة من خلال تطبيقها على مشكلات محددة للمريض توليد معلومات مستمرة، يمكن استخدامها لتوسيع تحديد المشكلة أو تعريفها، بحيث يكتسب المريض بالتدريج -حتى وإن لم يتمكن من تحقيق حل مرض للمشكلة فوراً- من خلال محاولاته الفاعلة لحل المشكلة

تفهماً مطرد التحسن لمشكلته. فالمريض يقوم في العلاج ويدعم من المعالج بخطوات منهجية، خاصة أو مدوزنه على أهداف فردية كلية لحل المشكلة، من أجل الوصول بهذه الطريقة إلى تحسن لمشكلاته. غير أن هدف علاج حل المشكلات ليس مجرد حل المشكلات المطروحة مباشرة فحسب وإنما يعتبر العلاج في الوقت نفسه جزء من استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن للمريض أن يطبقها على مشكلات مستقبلية أخرى. ولعل من أهم علاجات حل المشكلات التمرن على حل المشكلات لدي تسوريال و غولدفريد & D`Zurial) (Goldfried,1971وحل المشكلة البين شخصي لبلات و سبيفاك و سويفت (Platt, Spivack & Swift,1975) و علاج حل المشكلات التعاملي لغراوة وتجيفاص وفيديل (Grawe, Dziewas & Wedel, 1980). وكذلك يمكننا اعتبار علاج-إدارة -الذات Self-Management-Therapy لكانفر وراينيئيكر وشميلتسر (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991)من طرق علاجات حل المشكلات.

وبشكل عام يمكن القول إن علاجات حل المشكلات هي معالجة فاعلة جداً وتمتلك مجالاً واسعاً من التأثير، عدا عن أنها قابلة للتطبيق في مجال واسع من تشكيلات المشكلات العيادية وتتصف بشكل خاص بفاعلية طويلة الأمد. وهي بهذا تجمع أهم السمات التي يأملها الإنسان من طريقة علاجية ما.

10.3. العـــلاج الاستعرافـــي وفـــق بيـــــك

يشتمل العلاج الاستعرافي وفق بيك (Beck,1979) باقة من طرق العلاج المتنوعة، تركز على الاستعرافات اللفظية أو التصورية للمريض وعلى المواشير أو الفرضيات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه الاستعرافات (van Quekelberghe, 1982).وفي الخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح منطق العلاج الاستعرافي للمريض. وفي خطوة ثانية يتم من خلال الإرشادات المنهجية والتمارين إبراز الاستعرافات الإشكالية مثل التشويهات الإدراكية وأنماط التفكير غير المتناسبة مع الواقع والهدف...الخ. وهنا يفترض مبدئياً أن تصبح الاستعرافات التي تجري بشكل آلي مدركة بالنسبة للمريض. وفي الخطوة الثالثة يتم إخضاع الاستعرافات الإشكالية إلى تحليل. ويميز بيك بين ثلاثة أنواع من التحليل: ففي تحليل منطقي يتم اختبار الاستعرافات استناداً إلى الأخطاء المنطقية كفرط التعميم والعواقب العشوائية والتجريدات الانتقائية ...الخ. أما التحليل الإمبيريقي فيهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للمريض مع المعطيات الواقعية. وفي التحليل الذرائعي يتم دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات وقناعات محددة للمريض. وعلى أساس من هذا التحليل ينجز المعالج والمريض معاً تقييمات ومواقف جديدة، تمارس بعد ذلك في مجالات تعليمية مختارة.

وقد طور بيك طريقته في البداية للمكتئبين بشكل خاص. ومن هنا اعتبرت طريقته لفترة زمنية طويلة على أنها علاج خاص بالاكتئاب فقط. غير أن بيك سرعان ما طبق مبادئه العلاجية أيضاً على المخاوف واضطرابات أخرى (Beck et al., 1981). ومؤخراً ألقى بيك أهمية على معالجة اضطرابات الشخصية (Beck, 1990). ويعد هذا التوسع مبرراً إذ أن غالبية العلاجات الاستعرافية الأخرى قد استخدمت في مثل هذه المجالات بنجاح كبير، وليس هناك من سبب واضح لجعل تطبيق الأساليب العلاجية المذكورة مقتصراً على الاكتئابات وحدها. غير أن معالجة الاكتئابات تعد مجال التطبيق الوحيد الذي تتوفر حوله حتى الآن اختبارات فاعلية متينة بكمية كبيرة.ومثلما هو الحال في طرق العلاج الاستعرافية الأخرى لا يوجد فصل أو تحديد دقيق عن الأساليب الاستعرافية السلوكية الأخرى. ولا يتم استخدام العلاج الاستعرافي وفق بيك في الممارسة العيادية اليومية وإنما غالباً ما استخدم في الدراسات البحثية بالتوليف مع الطرق الأخرى من الطيف الاستعرافي السلوكي.

لقد تحسنت الإمكانات العلاجية للمرضى المكتئبين في السنوات أل 15 الماضية بشكل كبير. غير أن هذا التطور مازال مستمراً وسوف يقود بالتأكيد إلى طرق أكثر فاعلية من الطرق الموجودة الآن. ومن المؤكد أن عناصر من العلاج الاستعرافي لبيك سوف تجد طريقها في جزء جوهري منها إلى مثل هذا العلاج المستقبلي للاكتئاب. وإلى أن يحين ذلك الوقت يمكننا أن ننصح بلا تحفظ بالاستخدام العلاجي الواسع لعلاج الاكتئاب السلوكي الاستعرافي.

11.3. عـــــلاج الاكتئــــــاب وفــــــق ليفينســــــــــون

يقوم أساس علاج الاكتئاب وفق ليفينسون على الرؤية النظرية التعلمية للاكتئاب. وطبقاً لذلك فإن الاكتئاب عبارة عن نتيجة مباشرة لسلوك تعزيز معتاد، مثار مثلاً من خلال فقدان الشريك أو العمل...الخ. إن التكرار المنخفض للمعززات الإيجابية يقود إلى تخفيض النشاطات وهذا بدوره يقود إلى ألا يخبر المريض إلا القليل من المعززات الإيجابية، ويصبح بالتالي أكثر اكتئاباً وأقل نشاطاً وأقل تعزيزاً وهلمجرا. ويتجه العلاج نحو كسر هذه الحلقة المفرغة. ويتم تصميم برنامج تعزيز فردي مركب للمريض عليه يتجه إما نحو إعادة بناء النشاطات التي يمكن للمريض أن يحظى من خلالها بالتعزيز ثانية، أو بنائها من جديد. ويتم الضغط على المريض للقيام بنشاطات معينة ودعمه بفاعلية. ويتم عقد اتفاقات سلوكية وتنفيذ تمارين سلوكية ويتم تعزيز المريض بشكل منهجي لسلوكه الفاعل ...الخ. ومن أجل تنصيب مثل هذه البرامج التعزيزية المنهجية يتم استخدام مجموعة كاملة من التقنيات العلاجية السلوكية. ويكون المعالج في هذا الشكل العلاجي فاعلاً جداً ويتولى القيادة والمبادأة و يرشد ويوجه بشكل هادف، إلى أن تعود نشاطات المريض للاستمرار والبقاء من خلال التعزيز الداخلي.

ويبدو أن هناك علاقة تكامل بين طرق علاج الاكتئاب المذكورة حتى الآن وفق نتائج الدراسات المجراة إلى الوقت الراهن. ويمكن توليف علاج الاكتئاب وفق ليفينسون من دون أي خرق نظري مع العلاج الاستعرافي للاكتئاب وفق بيك، الأمر الحادث حالياً في البحث والممارسة. وليس من داع يمنع من إكمال هذين المبدأين بشكل مثمر مع المنظور البين شخصي الذي يأخذه علاج الاكتئاب البين شخصي وفق كليرمان (Klerman et. Al.,1984) ذلك أنه حتى هذا المنظور والأسلوب العلاجي المشتق من ذلك قد أثبت فاعليته في معالجة المرضى المكتئبين. وللأسف لا توجد حتى الآن دراسات حول فاعلية هذا التوليف غير أنه وفق وضع نتائج الدراسات الراهنة سيكون من المفاجئ لو أن هذا التوليف لم يبرهن فاعليته. إذ أنه حتى الآن قد ثبت أنه عندما يتم التوليف بين الأساليب العلاجية في معالجة الاكتئابات فإن النتائج تكون فاعلة على الدرجة نفسها بل حتى أكثر فاعلية في الغالب.

12.3. العـــــــلاج السلوكــــــي واســـــع الطيـــف

يقصد بالعلاجات السلوكية واسعة الطيف أو العريضة تلك المعالجات التي يصممها المعالج لكل مريض وفقاً لتحليل المشكلة الفردية، ويستند في هذا إلى الذخيرة الكاملة للطرق العلاجية السلوكية. ويتوقع لهذا الشكل أن يكون السائد في الممارسة العلاجية اليومية، إذ أنها تتناسب مع وضع عمل غالبية المعالجين النفسيين العاملين في عياداتهم الخاصة، الذين لا ينتقون مرضاهم في العادة حسب نوع الاضطراب، بحيث يستطيعون استخدام باكيتاً أو حزمة علاجية خاصة مفصلة وفق اضطرابهم. وبهذا المعنى يختلف العلاج السلوكي واسع الطيف أو العريض عن "باكيتات المعالجة" السلوكية الجاهزة كتدريب الكفاءات الاجتماعية أو العلاج الزوجي السلوكي أو برامج علاج الكحوليين أو علاجات حل المشكلات من خلال التوكيد على الإجراء المفردن. ولا يتم هنا المرور ببرنامج علاج جاهز وإنما يختلف العلاج من مريض لآخر. ولكن لا السعة أو العرض ولا فردنة الأسلوب العلاجي يمكن تحديد معيار فصل واضح لهما عن الأساليب العلاجية السلوكية الأخرى. إذ أنه من الطبيعي أن يوجد في العلاجات السلوكية الأخرى تعيير فردي واضح كثيراً أو قليلاً للإجراء العلاجي وفق المريض، ويمكن لعدد التقنيات العلاجية المستخدمة بالفعل المحددة في برنامج علاج أن تكون أكبر من العلاج واسع الطيف.

ويمتلك العلاج واسع الطيف فاعلية كبيرة مبرهنة غير أنها لا تشكل بعد المثل الممكن تحقيقه.

4. العلاجـــــات البيـــــن شخصيـــــــة

1.4. العـــــلاج النفســـي البيـن شخصـــــي وفـق كليرمـــان و فايسمـــان

العلاج النفسي البين شخصي وفق كليرمان و فايسمان شكل من العلاج من نوع جديد جداً. وقد طور علاجاً للمكتئبين وكان موجهاً منذ البداية بشكل ذرائعي كلية نحو أخذ التركيبات الخاصة لمشكلة هذه المجموعة من المرضى. ولم يهتم ممثلو هذا الشكل من العلاج بإيديولوجية علاجية ما، وإنما انصب اهتمامهم الرئيسي على تطوير علاجٍ فاعلٍ قدر الإمكان للمكتئبين. وطبقاً لذلك اتجهوا نحو النتائج الفعلية لعلاجهم. ومن هنا شكلت اختبارات الفاعلية والتحليلات الإمبيريقية للعملية وكشف نقاط الضعف الممكنة وتفسير الفاعلية منذ البداية جزءاً من هذا الشكل العلاجي. وتعود بدايات هذا الشكل العلاجي إلى ستينيات هذا القرن. غير أن دراسات الفاعلية لم تنتشر إلا في السبعينيات والثمانينيات، والجزء الأكبر منها بعد عام 1983.

وبما أن هذه الطريقة جديدة وما زالت غير معروفة كثيراً في المحيط الناطق بالألمانية ويتعلق الأمر في الوقت نفسه بطريقة علاجية صالحة ومدروسة بشكل جيد جداً، فإننا سوف نعرض لهذه الطريقة بتفصيل أكبر مما فعلناه مع الطرق الأخرى. وهذا الانحراف عن أسلوبنا المعتاد حتى الآن دليل على أننا نرى في هذه الطريقة تطوراً جديداً كلية على طريق علاج نفسي عام غير مدرسي. و العلاج النفسي البين شخصي ملائم جداً لإظهار أنه ليس بالضرورة لعلاج نفسي غير مدرسي ألا يتضمن شيئاً غير خاص بحد ذاته، وإنما يمكن أن تحتل فيه أساليب علاج خاصة جداً لتركيبات خاصة من المشكلات مكاناً مهماً.

انطلق تطوير العلاج النفسي البين شخصي من ملاحظة أن الاكتئابات تنشأ في سياق بين شخصي، إما من خلال شخص مرجعي مهم أو في صراع بين إنساني راهن. وقد اتجه العلاج بشكل خاص نحو تعديل السياق البين شخصي للأعراض الاكتئابية. وعلى الرغم من الاعتراف بأن الشخصية تلعب دوراً مهماً في نشوء الاكتئابات إلا أنه اعتبر أن تعديل متغيرات الشخصية هذه أقل فائدة من التأثير على الأعراض نفسها والوظائف الاجتماعية للمرضى. ويرجع التأكيد على إطار المحيط البين شخصي إلى التصور البيونفسي للاضطرابات النفسية لأدولف ماير(Adolph Meyer, 1957) ، وهو طبيب نفسي من أصل سويسري. اعتبر ماير الاضطرابات النفسية تعبير عن السعي المستمر نحو التلاؤم مع بيئة معينة. وهذا يقود إلى الاستناد البارز على الراهن للعلاج النفسي البين شخصي. وطبعاً فإن الجزء الجوهري للإنسان هو المحيط البين إنساني. ومن هنا يرتبط تصور ماير بسهولة مع تأكيد سوليفان (H. S. Sullivan, 1953a)على الخبرات البين إنسانية الراهنة. غير أنه لا يوجد رابط مع سوليفان فيما عدا ذلك. فمن حيث الإجراء يمكن القول أن العلاج النفسي البين شخصي كل شيء عدا عن أن يكون علاجاً نفسياً دينامياً: فالتفسيرات النفسية الدينامية مستنكرة بشدة هنا والأسلوب العلاجي أقرب للسلوك ويتجه بشكل ملموس جداً نحو التغلب الأفضل على المواقف الحياتية الراهنة، بدلاً من

إعادة تجديد الماضي ونحو تحقيق الاستبصار.

والعلاج محدد زمنياً منذ البداية ومصمم مضمونياً بوضوح. وفي الطور البدئي يتم القيام بتشخيص دقيق وتوضيح للأعراض الاكتئابية بشكل خاص و للنظام المرجعي البين شخصي للأعراض الاكتئابية البين شخصية. ومن أجل هذا الغرض يتم استخدام أدوات قياس ومنظومات تشخيص شائعة. ويحصل المريض على معلومات مفصلة حول الانتشار والأعراض والمجرى العيادي والتنبؤ بالاكتئابات. ويتم تحديد مجالات المشكلات التي ينبغي علاجها، وصياغة الأهداف العلاجية وتحديد مدة العلاج وتكراره والمعالجة الدوائية المرافقة في مقتضى الحال. ويمتلك هذا الطور من العلاج طبيعة تثقيفية واضحة.

وبعد ذلك يركز الطور الرئيسي من العلاج على مجال واحد أو أكثر من مجالات المشكلات التالية:

1- معالجة التمثلات الناقصة أو غير الكاملة للخسارات (عمل الحزن)

2- معالجة الصراعات البين إنسانية الراهنة (وبشكل خاص مع الزوج)

3- الصعوبات في سياق المعابر أو الانتقالات بين الأدوار الاجتماعية (عندما يترك الأولاد المنزل مثلاً)

4- معالجة ثغرات أو قصور بين شخصي محدد.

ويهتم العلاج النفسي البين شخصي بالعلاقات البين إنسانية الراهنة للمريض، وليس بالماضي. ويتم الاستناد إليه فقط طالما يساعد على الفهم الأفضل أنماط العلاقات الراهنة للمريض. ولا يتوجه العلاج النفسي البين شخصي نحو التبصر بوضوح، وإنما نحو التغلب. ولا يهتم بالظواهر البين نفسية intrapsychic كالصراعات ووسائل الدفاع وإنما مع الحاضر البين شخصي الملموس للمريض، وبشكل خاص مجريات العلاقة التي تدور حول الأعراض الاكتئابية.

ولا يتم النظر للعلاقة العلاجية من منظور النقل. ولا يعتبر المعالج نفسه حيادياً، وإنما محامي المريض. إنه موجه ومشجع وداعم بفاعلية. والعلاقة العلاجية قائمة على أساس الواقع، أي تستند إليه، وتساعد في حل المشكلة. ولا يجوز للمريض أن يصبح متعلقاً بالمتعالج وعليه ألا ينكص كثيراً، وفقط عندما يعيق سلوك المريض في العلاقة العلاجية العلاج نفسه، يتم التطرق إلى التعلق.

وبشكل عام فإن العلاج يتوجه بشكل خاص إلى تحسين العلاقات البين إنسانية لدى المريض. ويستخدم المعالج هنا كل الطرق التي تبدو ملائمة من أجل ذلك: بناء سلوك تواصل أفضل، تطوير استراتيجيات جديدة لحل المشكلات، التعامل الأفضل مع المواقف المرهقة، تجاوز أنماط العلاقات المهترئه (المتقادمة)، التي لم تعد متناسبة مع متطلبات وإمكانات الحاضر، التخلي الفاعل

عن العلاقات وأنماط العلاقات الماضية لصالح إدراك إمكانات جديدة ...الخ. وبما أن العلاج مصمم بشكل واضح بهذا الشكل كان من السهل نسبياً تطوير دليل لتنفيذ العلاج، والمتوفر حالياً على شكل كتاب (Klerman, Weisman & Rounsaville,1984). ويقوم هذا الدليل على تنفيذ العلاجات النفسية البين شخصية التي تمت دراستها في الدراسات الإمبيريقية. وبشكل مشابه لذلك تم تطوير برنامج تدريب، يجعل المعالجين النفسيين من خلفيات مختلفة خلال وقت محدود قادرين على إجراء العلاج النفسي البين شخصي (Weissman, Rounsaville & Chevron, 1982).

وبما أنه قد ظهر في الدراسات الإمبيريقية أن الصراعات مع الزوج أو الزوجة حتى بعد إجراء العلاج النفسي البين شخصي الناجح عادة تبقى مشكلة دون حل بالنسبة للمريض، وأن مثل هذه الصراعات المستمرة تشكل خطراً عالياً للانتكاسات (Weissman,1987) فقد تم من أجل هؤلاء المرضى الذين يبدو لهم هذا المجال مهماً بشكل خاص، تطوير شكل علاجي زوجي من العلاج النفسي البين شخصي. وحول ذلك يتوفر أيضاً دليل استخدام. ويتجه العلاج الزوجي نحو تحسين تعامل الأزواج في المجالات الخمسة التالية: التواصل، والحميمية، وتنظيم الحدود، القيادة والمطالبة بالقيادة، وتحقيق الأهداف المناسبة اجتماعياً. وحتى هنا أيضاً تتم تحديد أهم المجالات الراهنة الملموسة من المشكلات و التركيز في العلاج على معالجة هذه المجالات من المشكلات .

و ظهرت مؤخراً المبادئ الأولى لتطبيق العلاج النفسي البين شخصي مع التعديلات المناسبة على مجالات أخرى غير علاج الاكتئاب وهناك دراسات تجري الآن حول اضطرابات الشخصية و اضطرابات الطعام. ويوجد كذلك تقارير منجزة حول دراسات الفاعلية في اضطرابات الطعام (Fairburn et al. 1991; Wilfley et al.,1993). كما ويتوفر دليل حول تعديل العلاج النفسي البين شخصي تحت اسم برنامج إرشاد بين شخصي للمرضى من مراجعي عيادات الأطباء العاميين الذين يشكون من أعراض قلق واكتئاب ومن مشكلات حياتية عامة (Weismann & Klerman, 1988). ويتعلق الأمر هنا بشكل قصير جداً من التدخل، يبلغ ⌛ جلسات مدة كل منها نصف ساعة، موجهة بحيث يمكن إجراؤها في عيادة طبيب عام من قبل العاملين الموجودين في العيادة بعد تدريب ملائم لهم. وتوجد حول هذا دراسات فاعلية (Klerman et al. 1987). ويتجلى التوجه الذرائعي للعلاج النفسي البين شخصي من خلال علاقة بالعلاج الدوائي تكاد تكون غير مألوفة و غير إيديولوجية بالنسبة للمعالجين النفسيين. ففي العلاج النفسي البين شخصي للمكتئبين تمثل المعالجة الدوائية بمضادات الاكتئاب القاعدة أكثر منها الاستثناء، حيث يتم التوليف بين المعالجة الدوائية و العلاج النفسي البين شخصي. وحتى هذا التوليف يستند إلى نتائج الدراسات الإمبيريقية. فكل الدراسات حول العلاج

النفسي البين شخصي تقريباً تتضمن شروط معالجات دوائية.ويمكن القول بشكل عام إن حصيلة تأثير العلاج النفسي البين شخصي حتى الآن إيجابية جداً. ويمكننا بالتأكيد توقع أن تجريب هذه الطريقة الجاري في الوقت الراهن على مجالات أخرى من الاضطراب لن يقود إلاّ إلى نتائج إيجابية. وهذا التطور جدير بالاهتمام الكبير. إذ يظهر أن علاج نفسي متجه نحو فاعلية كبيرة قدر الإمكان من الممكن جداً أن يمثل مكاناً لمبادئ وأساليب جديدة، غير المبادئ المنبثقة عن المجال الاستعرافي السلوكي. فقد طور واستخدم العلاج النفسي البين شخصي نظرياً وعملياً من دون أي استناد إلى العلاج السلوكي. وعلى الرغم من هذه الاستقلالية للعلاج النفسي البين شخصي فهناك شبه واضح بالأسلوب العلاجي السلوكي: من خلال الاستناد إلى الحاضر، و الاتجاه نحو المجريات الملموسة، والتدريب الذرائعي على حل المشكلات، والأسلوب العلاجي المباشر، وضروب أخرى كثيرة. ووفق التقسيم الذي قمنا به في الفصل الأخير من هذا الكتاب فإنه لا بد من تصنيف العلاج النفسي البين شخصي بوضوح ضمن أساليب العلاج القائمة على حل المشكلات. ويمكن اعتبار المساعدة الفاعلة في حل المشكلات بالذات عقيدة هذا الشكل العلاجي. و يظهر العلاج النفسي البين شخصي أن تحقيق هذا العامل من التأثير لا يمكن ربطه بأسلوب علاجي سلوكي. ويظهر التشابه في الإجراء أو الأسلوب العملي مدى مشكوكية الحدود الراهنة بين المدارس العلاجية. فمعالجو العلاج النفسي البين شخصي والعلاج السلوكي يحققون مساعدة فاعلة بطريقة، مختلفة ولكنها فاعلة جداً بشكل مبرهن، للتغلب على المشكلات. كما وأن العلاج النفسي البين شخصي يثبت أنه ليس بالضرورة للعلاج النفسي الفاعل أن يتجه نحو مدرسة علاجية محددة وأنه ليس بالضرورة أن يعني التخلي عن التوجه المدرسي العلاجي أسلوباً لا مفاهيمياً أو بلا تصور.

ويتطابق تطور ونجاح هذا الشكل العلاجي الجديد بكل ثقة بالنظر إلى إمكانات علاج نفسي عام مستقبلي، بالشكل الذي عرضناه في الفصل الأخير. غير أنه من المميز بالنسبة للدرجة المنخفضة في الوقت الراهن لتمهين ميدان العلاج النفسي ألا يلقى هذا الشكل الجديد من العلاج غير المثير للدهشة و الأقل ارتباطاً بالمدرسية إلا القليل من الاهتمام على الرغم من البراهين الكبيرة لنجاحه، في حين أن المبادئ العلاجية التي تقدم وعوداً مثيرة، ولكنها تبقى مجرد وعود، تحظى بالتأييد الأعظم. وعلى أية حال فما زال العلاج النفسي البين شخصي غير معروف إلى مدى كبير في المحيط الناطق بالألمانية وممارسته ما زالت لا تذكر. وعلى ما يبدو فإن السبب في ذلك يرجع إلى أنه لا يمكن تصنيفه ضمن أية مدرسة علاجية وأنه لا يستطيع أي شخص في الوقت الراهن أن يشعر بأنه مخول بتلقيه ونشره خارج إطار نظم التأهيل والإمداد المدرسية العلاجية. وهذا مثال من أمثلة كثيرة حول الكيفية التي تعيق فيها الحدود بين المدارس العلاجية تلقي أو تقبل والاستغلال المهني للمعارف المحققة في للمجال الكلي للعلاج النفسي. إلا أنه من المؤكد أن العلاج النفسي البين شخصي وتطويرات

فاعليته سوف تلعب على المدى البعيد دوراً في الإمداد العلاجي النفسي أهم بكثير من الدور الذي تلعبه كثير من المدارس العلاجية اليوم.

5. العـــــلاج بالاسترخـــــــاء

1.5. الاسترخـــاء العضلـــــي التصاعـــــــدي وفــق ياكبســون

تهدف طريقة الاسترخاء العضلي التصاعدي التي طورها ياكوبسون 1838 ومتغيراتها إلى التعلم التدريجي للسيطرة على التوتر والاسترخاء لمجموعات عضلية معينة. ويتضمن التدريب الكامل أنه في البداية يتم وفق تعليمات المعالج الشد لوقت قصير لأجزاء متفرقة بالتتالي من عضلات الذراعين و الرأس والقسم العلوي من الجسد والخصر والرجلين وبعد ذلك إرخاؤها واسترخاؤها بشكل كامل قدر الإمكان. ومع التقدم بالتمرين يتم إلغاء طور التوتر بالتدريج من خلال إيحاءات الاسترخاء من قبل المعالج. والتي تصبح بالتدريج أقصر فأقصر إلى أن تحل محلها التوجيهات الذاتية للمريض ذاته، بعد أن تتم الأتمتة. ويمكن إجراء الاسترخاء العضلي بشكل فردي أو ضمن المجموعة. ويطلب من المريض القيام بالاسترخاء العضلي بين الجلسات العلاجية بشكل يومي. وأحياناً يتم دعم هذه التمارين اليومية من خلال التعليمات المسجلة على شريط تسجيل.

ويتم استخدام الاسترخاء العضلي في العلاج السلوكي وفي إطار برامج العلاج الواسعة كذلك، إذا ما وجب تحقيق حالة من الاسترخاء عند المريض أو الاستخدام العلاجي لقدرة المريض على أن يسترخي في مواقف معينة. وعليه يشكل الاسترخاء العضلي مركباً مهماً في خفض الحساسية المنتظم وفق وولبي.

ويمكن بشكل عام تقييم الاسترخاء العضلي كوسيلة علاجية، يمكن النصح باستخدامها في الممارسة العيادية. ويمكن تعلمه بسهولة نسبية وفاعليته متناسبة مع المصروف اللازم لإجرائه. وبصورة مختلفة عن الدراسات التجريبية experimental فإنه قلما يستخدم الاسترخاء العضلي في الممارسة العلاجية وحده، وإنما كجزء من علاج أشمل. وفي هذا الشكل من الاستخدام يوجد مجال واسع من تشكيلات المشكلات التي يمكن الاستفادة فيها من الاسترخاء العضلي. وبما أن الطريقة غير مرتبطة باتجاه علاجي معين فإنه يمكن للمعالجين من مختلف الاتجاهات إضافته إلى ذخيرتهم.

2.5. الاسترخـــــاء الذاتـــــــي Autogene Training

الاسترخاء الذاتي الذي طوره شولتز (Schultz,1932)عبارة عن إجراء أسلوب من الاسترخاء الذاتي المركز. فمن خلال مجموعة من التمارين المبنية على بعضها البعض يسعى إلى الوصول إلى أن تتأثر الحوادث الجسدية من خلال التركيز على عبارات محددة. ويحدث هذا من خلال جعل الأحاسيس الجسدية حساسة في أثناء الاسترخاء ومن خلال ربط مثل هذه الأحاسيس مع

عبارات من مثل "الذراعان ثقيلان". ويمكن إجراء الاسترخاء الذاتي فردياً أو ضمن المجموعة.

3.5. التـــأمــــــــل

التأمل عبارة عن استغراق في الذات،إنه ولوج تأملي، يتصف بالصمت والاسترخاء والإصغاء الداخلي. وتتضمن أساليب الاسترخاء عناصر تدريب جسدية (ضبط التنفس، جلسة الاسترخاء أو الكسل) و عناصر استعرافية أيضاً. ويتم توجيه الانتباه إلى مصدر وحيد متكرر من الإثارة. وتعتبر اليوغا من ضمن أساليب التأمل.

وتعد أساليب التأمل أكثر من أساليب الاسترخاء الأخرى بأنها تستخدم بشكل أساسي لأساليب غير علاجية أكثر من استخدامها لأساليب علاجية. غير أن فاعليتها العلاجية أفضل من الاسترخاء الذاتي. وبالنسبة للمرضى والمعالجين الذين يميلون لأهداف ومضامين ثقافية شرقية، المرتبطة في العادة مع التأمل، يمكن للتأمل أن يكون بديلاً مهماً عن الإرجاع الحيوي والاسترخاء العضلي التصاعدي والتنويم والتي هي بدورها كلها أفضل من الاسترخاء الذاتي من منظور الفاعلية.

4.5. التـــنـــويــــم

في التنويم يتم نقل المريض بوساطة تقنيات مختلفة من التأثير أو الحث الغشوي Trance-Induction إلى حالة متبدلة من الوعي. ويتم إحداث التأثير الغشوي بمساعدة إيحاءات لفظية على الغالب ومن خلال تضييق الشعور وصولاً إلى حالة تنويمية شبيهة بالنوم، تتصف بأسلوب وظيفي مختلف عن حالة اليقظة.ومن أجل هذا لا بد من توفر درجة عالية من الإيحائية (القابلية للإيحاء) التي يستغلها المعالج من أجل إعطاء المريض إيحاءات علاجية معينة مفصلة على مشكلته . (Erickson, Rossi & Rossi, 1978)و يعد التنويم الذاتي من متغيرات التنويم. فالمريض يتعلم القدرة على وضع حاله في حالة تنويمية من أجل أن يتمكن من استخدام هذه الحالة التنويمية خارج العلاج، في حالة السيطرة على الألم مثلاً. وإلى جانب التنويم "المفتوح" من خلال التأثير الغشوي هناك متغيرة أخرى ألا وهي تقنية التضمين أو التخال التنويمية، التي يتم فيها نشر أو تضمين رسائل علاجية مهمة في سياق لفظي غير مهم عيادياً وإبرازها من خلال توجيهات أو إرشادات غير لفظية دنيا كوضعية الرأس أو حركات الأيدي. وبالتالي فإن الرسالة لا تدرك من قبل المتلقي على أنها إيحاء أو على الأقل لا تلفت انتباهه الشعوري لأنها متشبعة بالسياق (.Erickson, 1966).

وهناك تقنية أخرى تسمى تدريب الصنم Imagery-Training (Lyles et al.,1982).

ومثلما هو الأمر في طرق الاسترخاء الأخرى فإن التنويم قد دخل في أساليب علاجية أوسع،كإطار العلاج السلوكي مثلاً.

وقد وجدت فاعلية جيدة للعلاج التنويمي وبشكل خاص من أجل معالجة حالات الألم والاضطرابات النفسية الجسدية والأرق. الأمر الذي يبرر استخدامه الموسع في هذه المجالات. غير أن الفاعلية تقتصر على الأعراض المعنية فقط. وقلما لوحظت تأثيرات معممة في الحالة العامة أو الثبات الإعاشي أو تغيرات أخرى. وعادة ما كان التحسن المحقق بالتنويم للأعراض دائماً. ولكن لا يمكن مساواة التنويم مع طرق العلاج النفسي الأخرى التي تمتلك فاعلية أوسع كالعلاج التحليلي أو العلاج النفسي بالمحادثة أو العلاج الغشطالطي. وعلى الأرجح فإن التنويم يحتل موقع تقنية علاجية خاصة، يمكن استخدامه لتخفيض أعراض أو آلام محددة. ويمكن استخدام التنويم من معالجين من مختلف الاتجاهات في إطار برمج علاجية أوسع وبالتالي يفترض لها أن تصبح من عتاد كثير من المعالجين النفسيين. وتأثيره الفاعل في تحسين أعراض محددة يجعل من المبرر و المرغوب به أن يستخدم في الممارسات العلاجية اليومية أكثر مما هو معمول به اليوم.

6. العلاجـــــات الانتقائيــــــة وغير المتقيــــدة باتجـــاه محـــدد

تعرف العلاجات الانتقائية بأنها استخدام طرق علاجية من اتجاهات مختلفة. أما العلاجات غير المتقيدة باتجاهات محددة فهي تلك العلاجات التي على الرغم من أنها لا تسمي نفسها انتقائية، إلا أنها تستخدم على الأقل طريقتين علاجيتين مختلفتين. أي أن الأمر يتعلق هنا بتوليف علاجي غير مقيد باتجاه معين.

وعلى الرغم من أنه لا يمكن اعتبار العلاجات الانتقائية شكلاً علاجياً مقبول نظرياً، إلا أن نتائج الدراسات الإمبيريقية المتوفرة حتى الآن تؤيد مقولة إن الأساليب العلاجية العريضة والمرنة التي لا تتمسك بالحدود بين المدارس العلاجية تقود إلى تحسن واضح في مجالات متعددة. وبما أنه قد تم تحقيق نتائج إيجابية جداً في العلاجات السلوكية واسعة الطيف أو في علاجات حل المشكلات وأنه غالباً ما ظهر أن توليفات العلاجات أكثر فاعلية من طريقة واحدة في العلاج، فإنه لا يمكننا إلا وأن نستنتج أن بأن الاقتصار على أسلوب علاجي محدد لا يمكن اعتباره صالحاً علاجياً. ومن هذا المنظور فقد قدمت دراسات الفاعلية للعلاجات الانتقائية والعلاجات غير المقيدة باتجاه محدد دلائل مفيدة. غير أن الدراسات المتوفرة الآن قلما تلقي الضوء على أسلوب التأثير وفاعلية مثل هذه العلاجات، إذ أن المجال الذي بنيت عليه المقولات التي قامت عليها الارتباطات مازال غير محدد بدقة كفاية

الفصـــل الرابـــع: مستقبـــل العــلاج النفســـي – معالــم عـــلاج نفســي عــام

ما هي الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من الوقائع فيما يتعلق بتأثير وطريقة تأثير مختلف الطرق العلاجية المطورة حتى الآن حول جوهر تأثير العلاج النفسي؟

لقد تم استنتاج وجود تأثيرات دالة بالنسبة للأساليب المختلفة والقائمة على أسس نظرية مختلفة بحيث أننا لا نستطيع اعتبار فاعلية طريقة ما كدليل على صحة تصورات التأثير الكامنة خلفها. وإلا سوف يكون لدينا كثير من الحقائق بعدد الطرق العلاجية الفاعلة وبعضها سيكون قطعياً أكثر من اللازم.

ولهذا سنحاول النظر في لتأثيرات المستنتجة للطرق العلاجية المختلفة من مستوى بعدي Meta-level ونسأل ما الذي تشترك فيه أساليب العلاج التي تم استنتاج وجود تأثير جيد لها، مع بعضها البعض ؟

قد تكون هناك أمور أخرى مشتركة غير أنه يبدو لنا أن سبب وجود أمر مشترك واضح لكثير من الأساليب العلاجية الفاعلة بشكل خاص يكمن في أنها تحاول مساعدة المريض بشكل مباشر جداً في التغلب على مشكلة تقلقه بمساعدة إجراءات مخصصة بالنسبة لهذه المشكلة. وتشكل تمارين الثقة بالنفس لمرضى يعانون من الكف أو الخجل الاجتماعي والمواجهة بالمثير بالنسبة لمرضى بسلوك تجنب رهابي ووسائل الاسترخاء بالنسبة لمرضى اضطرابات النوم والتمارين العلاجية الجنسية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات النشوة وإرشادات التنويم الذاتي لمرضى يعانون من اضطرابات في الأعضاء وتمارين التواصل للأزواج المتنازعين والتأثيرات المنظومية لتعديل التفاعلات الأسرية عند وجود صعوبات في الانفصال (أو الأدوار) ومشكلات أسرية أخرى وتعديل " الحديث الذاتي " في المواقف المرهقة وفق مايشينباوم Meichenbaum، وتبديل المقولات " العقلانية " بالمقولات " اللاعقلانية " وفق إيليز، والتمرن على ارتكاسات ضبط الذات في مواقف الإغراء بالنسبة للكحوليين، والتحضير لمواقف الامتحانات من خلال خفض الحساسية المنتظم وأمور أخرى كثيرة، أمثلة حول ذلك. وفي كل هذه الإجراءات يأخذ المعالج

صعوبات المريض مأخذ الجد باعتبارها عدم قدرة أو نقص فيها ويساعد المريض بشكل فاعل في التمكن على التغلب على هذه الصعوبات بشكل أفضل مما هو الأمر عليه حتى الآن. إنه لا يبحث عن دوافع خفية وراء هذه المشكلات ولا يعطيها أهمية أخرى غير التي يراها المريض.

إنه يتناول المشكلات بالشكل الذي يعيشها المريض فيه: إنه يأخذها على أنها صعوبات يرغب بالتغلب عليها ولكنه لا يستطيع التغلب عليها دون مساعدة. وعلى الرغم من أن المرور بهذه الخبرة بحد ذاتها أمر مساعد ومخفف عن المريض غير أنه من المؤكد أن التأثير الجيد لمثل هذا النوع من الإجراء غير مفسر بصورة كافية. عدا عن ذلك يرتبط الأمر بقدرة المعالج على امتلاك مهارات متعلقة بالمشكلة للتغلب على هذه الصعوبات. والإجراءات التي يقوم باستخدامها كالمواجهة مع المثير أو لعب الأدوار...الخ لابد وأن تستخدم بصورة مدروسة لتحقيق التأثير المرغوب. ينبغي للمعالج إذاً أن يكون متمكناً بشكل جيد من التعامل مع هذا النوع من الاضطراب أو المشكلة وأن يعرف الإجراءات التي أثبتت صلاحيتها بالنسبة للتغلب على المشكلة وأن يمتلك الكفاءة العملية للقيام بها وتوجيهها. عندئذ فقط يمكن للمريض أن يعيش الخبرة الواقعية المتمثلة في أنه يتعامل بصورة أفضل مع المشكلة المعنية فعلاً. إذاً فالأمر يتعلق في مثل هذا النوع من الإجراءات بمساعدة المريض على أن يستطيع ما لم يستطعه حتى الآن. وطبعاً فهذا لا يعني أنه لابد من بناء مهارات أداتية جديدة كلية باستمرار. فليس من واجب المرء تعليم رهابي الأماكن العامة كيفية عبور شارع عريض؛ وإنما عليه جعله يعيش (يخبر) بأنه يستطيع ممارسة كفاءاته الموجودة في الحقيقة من جديد. وهنا كان باندورا (1977) سيقول بأن الأمر يتعلق في كل هذه الإجراءات بضرورة بناء توقعات كفاءة ذاتية self efficacy expectation حول أنه يستطيع التغلب على هذه الصعوبة (ثانية).

فإذا ما أراد المرء هنا تحديد هذه الإجراءات وفق مستوى مجرد عن تفاصيل الإجراءات المتعلقة بالمشكلة فإن أفضل ما يمكن من خلاله وصف مبدأ التأثير هذا على صورة أنه "مساعدة فاعلة للتغلب على المشكلة". إن تأثير الإجراءات المختلفة يجعل من هذا يبدو مبدأ التأثير الأعظم للعلاج النفسي الناجح. وفي الوقت نفسه يتعلق الأمر بعامل التأثير الذي تم حتى الآن التقليل من أهميته بصورة كبيرة في مراجع العلاج النفسي حتى الآن.

وتؤيد كثير من الدلائل أن مبدأ التأثير هذا مهم جداً بالنسبة لكل أشكال العلاج النفسي، حتى في دراسات التحليل النفسي طويل الأمد ظهر أن ما يسمى بالعوامل "الداعمة" تلعب دوراً مهماً جداً بالنسبة لحصول التأثيرات الإيجابية للمعالجات. ويستنتج من وصف هذه الإجراءات أو الأساليب العلاجية الداعمة أنه يمكن وصفها بشكل جيد جدا على أنها أيضاً مساعدة فاعلة للتغلب على المشكلة. أما التقليل من قيمة مبدأ التأثير هذا فلا يعود إلى أنه لا يلعب دوراً أساسياً في

نظريات التعديل من خلال ما يسمى بمعالجات الاستبصار فحسب وإنما في أن كثيراً من المعالجين النفسيين لا يمتلكون المهارات الخاصة على الإطلاق من أجل إظهار مبدأ التأثير هذا بصورة مناسبة تخصصياً أو بصورة متناسبة مع المشكلة. وعلى أية حال فإن المعالجين النفسيين السلوكيين يقضون عملياً تأهيلهم كله بجعل أنفسهم أكفاء من أجل الاكتساب أو التعلم لمبدأ التأثير الخاص بالمشكلة هذا أو من أجل الإنجاز المتناسب مع المشكلة وبعد ذلك قد يستطيعون تعلم بعض الأشياء لدى المعالجين الزوجيين و الأسريين والمعالجين بالتنويم.

وإذا ما تعلق الأمر بالفعل بأهم مبدأ تأثير للمعالجة النفسية الناجحة، كما نخمن على أساس من النتائج المتوفرة، فلا بد عندئذ من أن يمتلك كل المعالجين النفسيين مهارات استخدام مبدأ التأثير هذا بشكل مكثف قدر الإمكان. ولا بد أن يكون تعلم هذه المهارة جزءاً أساسياً من تأهيلهم. ومن أجل تعلم مهارات المساعدة الفاعلة للتغلب على المشكلات بالنسبة لأهم الاضطرابات والمشكلات وجمع خبرات عملية يحتاج الأمر إلى عدة مئات من الساعات وإطار تأهيل مناسب. ومن الممكن أن يشكل هذا لب التأهيل للمعالج النفسي في إطار علاج نفسي عام مستقبلي ومن هنا فإنه يمكن لمثل هذه المسألة المركزية أن تكون مناسبة.

وسوف نتحدث فيما يلي عن استخدام " منظور التغلب على المشكلة " عندما نقصد مبدأ التأثير هذا. إننا نرى أنه على كل معالج نفسي أن ينظر للوضع والمشكلة التي يوجد فيهما المريض - في كل الأحوال من منظور التغلب على المشكلة أيضاً- ويختبر بوضوح فيما إذا كان يستطيع وينبغي له مساعدته في التغلب على صعوبات محددة والكيفية التي يستطيع وينبغي له ذلك من خلالها. وهذا يعني أنه عليه كذلك أن ينظر دائماً لخبرة وسلوك المريض في وضعه الحياتي والعلاجي من منظور القدرة وعدم القدرة. فعندما يستطيع معالج ما مساعدة مريضه بشكل فاعل في التغلب على صعوبة مهمة فعليه أن يفعل ذلك إذا ما كانت هناك موانع محددة تحول دون ذلك، إذ أن التغلب الناجح على المشكلات يشكل أفضل أحجار البناء لنجاح علاجي جيد.

غير أنها ليست أحجار البناء الوحيدة، فهناك مبدأ تأثير آخر على الدرجة نفسها من الأهمية أو قريباً من ذلك على الأقل. إذ أن العلاجات التي لا يتم فيها تقديم مساعدة فعالة من المعالجين للتغلب على المشكلات يمكنها أيضاً أن تحقق نجاحات علاجية جيدة جداً.وتشكل المعالجة النفسية بالمحادثة (المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج) أفضل مثال حول ذلك.

كما وتطرقنا سابقاً للنتائج الإمبيريقية التي تشير إلى أن تأثيرات المعالجة النفسية بالمحادثة يحدث وفق مبدأ تأثير مختلف كلية. والشيء المميز هنا هو أن المعالج يساعد المريض على أن يفهم نفسه وخبرته وسلوكه الذاتيين بشكل أفضل. ويتحدث زاكسه (1982) في هذا السياق عن "العلاج المفَسر". و التفسير هنا يتم

بشكل خاص للتقييمات التي يقوم بها المريض ضمنياً. ويقوم التفسير بشكل خاص على الدوافع والقيم والأهداف التي تحدد خبرة وسلوك المريض. ويتعلق الأمر هنا بالسؤال عن لماذا ولم، وبالتفسير الدافعي وليس بمسألة القدرة أو عدمها.و يحقق المريض لنفسه وضوحاً كبيراً حول المنظور الذي يبني معانية وكذلك أية معاني يستثنيها و لا يريد إدراكها، وما هي الأسباب الكامنة وراء ذلك. ويتعلق الأمر بأن يدرك نفسه بنفسه، أن يتعلم فهم نفسه بشكل أفضل من أجل أن يتقبل نفسه بشكل أفضل أو أن يتمكن من التصرف بشكل واع مختلف عن تصرفه حتى الآن أو كليهما معاً. ويستطيع المعالج دعم هذا من خلال طرق متنوعة : من خلال "عروض المعالجة المعمقة (Sachse, 1992" ومن خلال الإيضاحات الهادفة ومن خلال المواجهة مع الإدراكات التي تم حتى الآن تجنبها ومن خلال تقنيات مثل " البؤرة " Focusing ومن خلال التمارين كتلك المألوفة في العلاج الغشطالطي وأشياء أخرى كثيرة. ويتمثل الهدف المباشر لكل هذه التأثيرات العلاجية في الإدراك الكبير فيما يتعلق بالمعاني المعاشة وهنا يتم بشكل خاص إحداث ارتباط بدوافع وأهداف وقيم المريض. فالأمر يتعلق بالدرجة الأولى بالتوضيح الدافعي. ولهذا سوف نتحدث فيما يلي من الحديث عن " المنظور التوضيحي" عندما نقصد مبدأ التأثير المحدد هنا .

وطبقاً لذلك فإن أحد أهم إعتبارات الاستطباب أو التأثير Indication التي ينبغي للمعالج التفكر بها قبل أن يقوم بعرض علاجي على المتعالج هو السؤال فيما إذا كان من المفيد في العلاج لدى هذا المريض استخدام التغلب على المشكلة أم التوضيح، ذلك أنه في منظور التغلب على المشكلة يتم استخدام إجراءات مختلفة كلية عن الإجراءات المستخدمة في المنظور التوضيحي. فمع المرضى المثقفين جداً الناجحين في الحياة فإنه غالباً ما لا يكون من المناسب ومن غير المجدي التعامل مع مشكلاتهم التي يلجؤون بسببها إلى العلاج من منظور عدم القدرة. وفي العادة يكون منظور التوضيح لديهم أهم من اكتساب المهارات للتغلب على الصعوبات الملموسة. فإذا ما توفرت لديهم كفاءات جيدة فإن التوضيح يكفي في العادة من أجل التصرف بالشكل الذي يرغبه المرء. والنتيجة التي يتم تأكيدها باستمرار والقائلة أن التحليل النفسي ملائم بصورة خاصة لمرضى ما يسمى بـ (YAVIS شباب، جذابون، بارعون في استخدام الألفاظ، أذكياء، ناجحون Young, attractive, verbal, intelligent, successful) الأقرب لأن يكونوا خفيفي الاضطراب ممكنة جداً من هذا المنظور. فعادة مالا ينبغي على هؤلاء المرضى تعلم كيفية التغلب على المشكلات وإنما عليهم أن يفهموا لماذا يتصرفون على هذا الشكل الذي يقود فيها إلى مشكلات لديهم. و المعالجة المتجهة نحو التغلب على المشكلات لن تمس مشكلاتهم ولا فهمهم لذاتهم. ولهذا فإنه ليس من المثير للدهشة أن المعالجين الذين يبحثون في العلاج النفسي عن شيء ما لأنفسهم لا يلجؤون في العادة إلى المعالجين السلوكيين وإنما يشعرون بأنهم منشدون إلى العلاج التوضيحي وقلما يستطيعون الاستفادة من العلاج

السلوكي. وكذلك لا يفاجئ أيضاً أن المعالجين السلوكيين إذا ما شعروا بحاجتهم للعلاج لا يلجؤون في كل الأحوال إلى العلاج السلوكي وإنما إلى العلاج التوضيحي .(Lazarus, 1971) و لا يمكن أن يهزأ بهذا إلاّ المعالجون المنغمسون بعمق في مستنقع المدرسية. فلماذا ينبغي للإنسان الذي يمتلك مهارات جيدة جداً ومعرفة كبيرة حول الكيفية التي ينبغي فيها للمرء التغلب على المشكلات من خلالها اللجوء إلى العلاج الذي يقوم بصورة خاصة على التغلب على المشكلات؟ فمشكلته هي في أنه لا يستطيع من حيث المبدأ استخدام هذه الكفاءات الموجودة لمساعدة نفسه. ومن الطبيعي هنا أن يسأل هذا الإنسان نفسه عن اللماذا ويريد أن يفهم. ومن هنا أيضاً فإن المطلب الدائم للمعالجين السلوكيين بأن يطبقوا طريقتهم الخاصة على أنفسهم باعتبارها خبرات ذاتية، مطلباً مستحيلاً. فالخبرة الذاتية تتحول بهذا الشكل إلى مهزلة. وبالنسبة لغالبية المعالجين النفسيين فإنه من الطبيعي أن يكون أساس خبراتهم الذاتية متمركزاً حول مظهر التوضيح وليس على مظهر التغلب على المشكلات.

ولكن ليس ما ينطبق على أكثرية المعالجين ينبغي أن ينطبق بالضرورة ن على أكثرية المرضى الحقيقيين المرهقين بأعراض نفسية مرضية شديدة. فكما تظهر النتائج المذكورة أعلاه فإن مظهر التغلب على المشكلة هو الأهم في المتوسط بالنسبة لهم. فلديهم تطرح بالفعل مسألة عدم القدرة وأفضل طريقة لمساعدتهم عندما يأخذ المعالج عدم القدرة هذه بجد على أنها مشكلة ويساعد بفاعلية في التغلب عليها. لقد اعتقد المعالجون النفسيون لفترة طويلة بشدة بأن ما ينطبق عليهم يسري كذلك على مرضاهم. إذ اعتقدوا بأن الأمر يتعلق لدى كل الناس الذين يعانون من مشكلات نفسية – كما هو الأمر لديهم – بتوضيح دافعي. وهذا أحد الأسباب الكامنة خلف التقليل من قيمة منظور التغلب على المشكلات. وتختلف بعض الخبرات ونتائج أبحاث العلاج النفسي في هذه النقطة المتعلقة بالأهمية النسبية لمنظور التغلب على المشكلات و منظور التوضيح بشدة الأمر الذي يصعب على كثير من المعالجين النفسيين تقبل مستوى النتائج الموضوعي على أنه موثوق. كما وأن العمل ضمن منظور التوضيح يعاش من قبل كثير من المعالجين النفسيين بأنه أكثر أهمية و جاذبية من التغلب الفعال على المشكلة بسبب هذا القرب الشخصي الأكبر.

ولكن عندما يريد المرء ممارسة العلاج النفسي بشكل محترف فإن أهم معيار عندئذ هو نوعية النتيجة الموضوعية للعلاج. وهذه النوعية تكون ككل أفضل عند إلقاء قيمة كبيرة على منظور التغلب على المشكلات. وهذا ما أكدته النتائج. وعلى الرغم من أنه لا ينبغي لكثير من المعالجين النفسيين التخلي عما كان بالنسبة لهم حتى الآن مهماً إلاّ أنه لابد لهم من القيام بإعادة التقييم لصالح التغلب على المشكلات.

وقد يكون من سوء الفهم عموماً اعتبار منظور التغلب على المشكلات و منظور التوضيح كبدائل، بل إن علاقتهما علاقة تكاملية. فكل سلوك يمكن النظر إليه من

المنظور الدافعي و من منظور المقدرة. فمن أجل القيام بشيء ما لابد للإنسان من امتلاكهما معاً. لابد للإنسان أن يستطيع المقدرة ولا بد له أن يريدها أيضاً. كل سلوك مدفوع وكل دافع يحتاج إلى قدرات محيطيه من أجل تنفيذه. فالمظهر الدافعي والمقدري مرتبطان في النشاط النفسي بشكل وثيق غير قابل للفصل. والشيء الذي لم يطور الفرد من أجله أية "برامج سلوكية" أو "مخططات" وفق ميللر و غالانتر وبريبرام (1960) Miller, Galanter, & Pribramلا يستطيع القيام به والأمر غير المدفوع لأجله لا يفعله.

أما في التصورات النظرية للمدارس العلاجية المختلفة فإن هذين المظهرين مفصولان عن بعضهما. فالتصورات الدينامية النفسية فصلت المظهر الدافعي بشكل واسع ولكنها أهملت مظهر القدرة أو الكفاءة بشكل كامل. أما في التصورات العلاجية السلوكية فالأمر على العكس تماماً. فلنأخذ على سبيل المثال أحد أكثر التصورات النظرية المفصلة والمثبتة نظرياً للعلاج السلوكي، ألا وهي نظرية توقعات الكفاءة الذاتية "self efficacy expectation" لباندورا (1977). إن ثقة المريض بقدرته على القيام بشيء ما تلعب هنا الدور الأهم لتفسير التعديلات العلاجية. أما دافع المريض هنا فيشترط وجوده مسبقاً. فالمظهر الدافعي لا يلعب على الإطلاق أي دور في التفسير النظري لتعديلات السلوك. ويبدو مبدئياً بأن كلتا الرؤيتين قد اختزلت كل منهما المنظور الآخر. فليس هناك من يدعي بكل جدية أنه لا أهمية لدوافع إنسان ما بالنسبة لسلوكه وقلما يناقش أحدهم أنه ليس هناك من فارق جوهري بالنسبة لحياة إنسان ما إن كان يستطيع أو لا يستطيع.

ولكن هذا الاعورار موجود بالفعل في التصورات النظرية. إنه موجود سواء في أهداف العلاج أم في الأسلوب العلاجي أم أيضاً في التصورات النظرية. ومن الواضح أن علاج نفسي عام غير ممكن إلاّ إذا ارتبط هذان المظهران مع بعضهما. وطرح الاستطباب الانتقائي المتضمن أن علاج توضيحي مناسب بالنسبة لهذا المريض و بالنسبة لآخر علاج قائم على التغلب على المشكلات سوف تكون إجراءاً مقبولاً بالنسبة لعدد محدود جداً من المرضى فقط. أما بالنسبة للعدد الأكبر من المرضى فلا بد من توقع أن يدور الأمر حول التغلب على صعوبات ملموسة معينة و التوضيح الدافعي معاً إذا ما أراد المرء أن يكون عادلاً قدر الإمكان فيما يتعلق بنوع مشكلاتهم. وطبعاً لن يقوم المرء هنا بتحويل المرضى إلى معالجين نفسيين اثنين مختلفين، الأول يقوم بالعمل التوضيحي في حين يساعد الثاني في التغلب على حل المشكلات. إذ أن مظهر القدرة والمظهر الدافعي متعلقان ببعضهما بصورة وثيقة.ويمكن في مجرى علاج ما أن يتصدر العلاج هذا المظهر وفي مرة أخرى المظهر الثاني. فالتوضيح الناجح يمكنه أن يبرز ضرورة بناء قدرات جديدة ويمكن للتغلب على صعوبة ما أن يقود إلى معرفة أن المشكلة لن تحل بهذا الشكل وأن تمهد لطور التوضيح. ومن هنا فإنه من الضروري ومن أجل الإنصاف مع المريض في كلا المنظورين أن يكون المعالجون النفسيون قادرين أصلاً على العمل في الاتجاه التوضيحي وفي الاتجاه القائم على حل المشكلات مع بعضهما.

وهناك كثير من المعالجين النفسيين يقومون بتأهيل أنفسهم بنتيجة الانطباع الذي يتولد لديهم أنفسهم بالخبرة حول ضرورة أخذ المظهرين بالحسبان، في عدة أشكال علاجية ويمارسون بعد ذلك خليطاً انتقائياً من هذه الأساليب. و تشكل هذه الانتقائية التقنية في الوضع الراهن حلاً صائباً جداً غير أنها لا تشكل حلاً مرضياً على المدى البعيد ذلك أنه يفتقد لأساس نظري متماسك بحد ذاته. ولابد في علاج نفسي عام مستقبلي ألا يرتبط المظهر التوضيحي والمظهر التغلبي مع بعضهما على مستوى الإجراء التقني فحسب وإنما على المستوى النظري أيضاً. وينبغي لعلاج نفسي عام أن يقوم على تصورات نظرية يمتزج فيها المظهر الدافعي ومظهر القدرة مع بعضهما.

ونتيجة لهذه الاعتبارات اعتبرنا لفترة طويلة البناء المتمثل في "الخطة" لميللر وغالانتر وبريبرام (1960) جوهراً نظرياً ممكناً يتضمن وحدة تحليل مركزية لعلاج نفسي عام ممكن (Grawe, 1980a; Caspar & Grawe & Dziewas, 1978; Grawe , 1982; Grawe, 1982; Grawe & Caspar, 1984; Caspar, 1989).

وتحليل الخطة يسأل انطلاقاً من سلوك المريض عن الأهداف التي تحدد الخطة. ويعتبر السلوك والهدف مع بعضهما الخطة، التي تخدم من ناحيتها هرمياً أهدافاً أعلى. و يشكل الهدف الأعلى والخطط التي تخدمه من جهته خطة لهدف آخر أعلى وهكذا. فتحليل الخطة إذاً هو عبارة عن تحليل منهجي للحتميات الدوافعية للسلوك.

و في الوقت نفسه تشكل الخطط التي تخدم هدفاً أعلى الوسيلة المتوفرة للفرد من أجل تحقيق أهدافه وهي تحدد ما يستطيعه وما لا يستطيعه الفرد من أجل تحقيق أهدافه بشكل مرتبط بالبيئة. فتحليل الخطة يحتوي إذاً على كلا المنظورين، المنظور الدافعي ومنظور المقدرة ويربطهما (أي تحليل الخطة) في بناء وحيد وبطريقة تشخيصية مبنية على ذلك للوصول إلى تفهم للحالة الفردية يستطيع المعالج من خلالها استنباط إجراء مفصل خصيصاً لهذه الحالة .(Caspar, 1989)

وعلى الرغم من أن بناء - المخطط قد أثبت صلاحيته في العمل العلاجي العملي، فقد اتضح بشدة وجود تحديد في التطبيق على مجال العلاج النفسي: إنه يستطيع بشكل جيد جداً توضيح لماذا يتصرف فرد ما على هذا أو ذلك النحو ولكنه لا يوضح كيف يتغير الأفراد. وهذا السؤال بالتحديد يحتل مركز الصدارة في بناء آخر يتقاسم مع بناء المخطط كل مزاياه، بالإضافة إلى تصميمه بالأصل ليجيب عن مسألة كيف يتغير الأفراد. والمقصود هنا البناء " التصويرة ".Schema ويتضمن بناء التصويرة خصوصية خاصة به تجعله جذاباً جداً بالنسبة للعلاج النفسي. كما وأنه يلعب في علم النفس الراهن دوراً نظرياً مركزياً جداً وذلك في المجالات المختلفة بحيث أنه أصبح من الممكن من خلال هذا البناء القيام بإسنادات متنوعة لمسائل العلاج النفسي إلى مستوى نتائج ومستوى المعرفة في علم النفس الإمبيريقي. كما وأنه في العلاج النفسي ذاته يزداد باطراد عدد الباحثين الذين يعتبرون التصويرة وحدة تنظيم أساسية للسيرورات النفسية

(Wachtel, 1980,1982; Goldfried & Newman, 1986; Grawe,1986; M. Horowitz, 1988; Stinson & Palmer, 1991; Stiles et al., 1992; Sachse,1992a; L. Horowitz, in Press)

مع اختلاف في ما في التركيز، القابل من حيث المبدأ للانسجام مع بعضه البعض. وهنا فإن الباحثين الذين يستندون إلى هذا البناء ينطلقون من نقاط مختلفة جداً. ومن أجل جعل القارئ غير المطلع على هذا البناء قادراً على فهم مكمن جاذبية هذا البناء النظري سوف نفصل فيما يلي من الحديث بناء "التصويرة Schema "والتصورات النظرية المرتبطة معه.

وما يهمنا هنا هو تقديم صورة تقريبية على الأقل حول الكيفية التي يمكن فيها أن يبدو الأساس النظري للعلاج النفسي العام من وجهة نظرنا. وطبعاً فإننا لا نعتبر هذه التصورات النظرية على أنها حقيقة جامدة، ولكنها تحاول فقط وضع معارف مهمة لعلم النفس الإمبيريقي ضمن صياغة ملائمة للعلاج النفسي. من الطبيعي أن ينتج عن التقدم المعرفي في علم النفس الإمبيريقي تغيرات في الأسس النظرية بالنسبة للعلاج النفسي. وينبغي لأسس علاج نفسي عام على الأقل أن تتطابق مع مستوى المعرفة العام لعلم النفس الإمبيريقي المهم بالنسبة للعلاج النفسي، هذا إذا ما لم تقد إلى اشتقاق جزء جوهري. وهذا يعني في الوقت نفسه أن هذه الأسس يجب أن تتطور باستمرار مع تقدم المعرفة في علم النفس وأبحاث العلاج النفسي ومن الطبيعي ألا يكون العرض اللاحق حول تصويرة البناء هو الاستنتاج الوحيد، المكن استخلاصه من مستوى المعرفة في علم النفس الإمبيريقي بالنسبة للعلاج النفسي. وربما يتمكن أحدهم قريباً من الوصول إلى صياغة أكثر إقناعاً وأكثر ملاءمة بالنسبة للعلاج النفسي. وسوف نرحب بهذا. غير أننا نرى أنه من الضروري لمصلحة الثقة بمطلبنا نحو علاج نفسي عام أن نظهر بشكل ملموس بأن علم النفس منذ اليوم يمتلك أسساً ملائمة للتطبيق في مجال العلاج النفسي تجعل من الحدود المدرسية العلاجية الموجودة اليوم غير لازمة .

وسوف نقتبس فيما يلي من الحديث بعض المقاطع من المسودة النظرية التي كانت قد صيغت في عام 1986 من قبل غراوه Grawe حول تأسيس العلاج النفسي العام من خلال البناء- التصويرة Schema-Construct كوحدة تحليل عامة ونكملها بعد ذلك من خلال أفكار أجد .

يقوم جوهر تصوراتنا النظرية على بناء التصويرةConstruct of Schema ، القائم على أساس تصورات بياجيه (1981) Piagetونايسر (1976) Neiser بشكل خاص التي نعتبرها وحدات توجه للسيرورات النفسية. وتتكون هذه السيرورات النفسية من التعاملات الواقعية للفرد مع محيطه من جهة - وهذا هو الحادث الأولي، الذي درسه بياجيه بشكل مفصل-، و من جهة أخرى يقوم هذا التفاعل عليها. وهي في الوقت نفسه نتاج لتفاعل الفرد مع المحيط ومنتجة له.....

تحدد التصويرات اختيار ما نقوم بإدراكه، والفئات التي ننظم وفقها إدراكاتنا. ومع كل حادث إدراك يتم في الوقت نفسه إغناء وتمايز وتعديل التصويرات التي تقوم عليها الإدراكات من خلال ما يتم إدراكه، ذلك أن معلومات المحيط القائمة موضوعياً تحتوي أكثر من مجرد ما يتم نقله بتصويراتنا القائمة أو حتى ما لا يتم نقله. ويدخل جزء من معلومات المحيط في التصويرات القائمة: يتم تمثلها في التصويرة. ومن خلال ذلك يتم إغناء التصورات القائمة بالتدريج. وبالمقدار الذي يصعب فيه تمثل معلومات المحيط من خلال التصويرات القائمة، ينبغي تكييف التصويرات مع المحيط، إذا ما كان ينبغي لها أن تستمر كأساس للمواجه الفاعلة مع هذا المحيط. وفي حادث التكييف يحدث تمايز للتصويرات أو بناء لتصويرات جديدة. فإذا ما لم ينجح الفرد في ملاءمة تصويراته مع المعلومات الفعلية للمحيط، فإنه ينبغي إطفاء جزء من هذه المعلومات من الإدراك، أو أن هذا الجزء سوف يتم إدراكه بصورة "مشوهة" وفق التصويرة القائمة، أي سيتم إدراكه موضوعياً بصورة مشوهة. وكلاهما يقيد قدرة الفرد في إقامة علاقة، وفق أهدافه، مع هذا المحيط بصورة فاعلة. ويرى بياجيه أن كل تفاعل للشخص مع محيطه يمتلك مركبات تمثلية وتكييفية. وبهذا المعنى لابد من فهم التصويرات وفق جوهرها على أنها في مرحلة تطور. و"القوة الدافعة" لهذا النمو هي العملية الجدلية للتمثل والتكييف.

أما الجزء الأهم من بناء التصويرة بالنسبة للعلاج النفسي فهو مركبه الدافعي، أي المركب الذي يشحن السيرورات النفسية بالطاقة و يعطيها الاتجاه. إن تنشيط تصويرة ما يعني أنه يتم توجيه النشاط النفسي إلى إحداث إدراك وفق مركبات هدف التصويرة. ويمكن على سبيل المثال إنتاج مثل هذه الإدراكات من خلال التصرفات المؤثرة على المحيط. ونطلق على مركبات التصويرة هذه الموجهة مباشرة للفعل تسمية المخططات كما يسميها بياجيه نفسه. غير أن الأفعال القائمة على المحيط ليست هي النوع الوحيد لإنتاج الإدراكات على شكل تصويرات مَنَشطة. فهي تحدث على شكل من الهوامات والذكريات والتشوهات الإدركية والأحلام ...الخ. فكل خبرتنا وسلوكنا عبارة عن نتاج لتلك التصويرات المنَشَطة. وينشأ هذا النتاج من خلال السعي لإنتاج إدراكات وفق التصويرات المنَشَطة. وفي جزء كبير منه يمكن أن يعتبر الوسيلة المباشرة لخدمة هذا الهدف أو لتحقيقه.

وقد عولجت الرؤيا القائلة بأن كل النشاطات النفسية تكون موجهة إلى إحداث الإدراكات على شكل حالات منشطة من الأهداف، في نموذج السلوك بشكل مترابط من وِيليم بويرس (William Powers, 1973)بشكل خاص. وهنا أيضاً قد تم البرهان بشكل منطقي أنه علينا تصور نشاط التصويرات على شكل دوائر إرجاع هرمية مرتبطة مع بعضها....

وتعني مقولة أن التصويرات تحدد النشاط النفسي أن الإنسان بالأصل ينشط من ذاته نحو هدف. وطالما أن النشاط النفسي موجود عموماً فإنه يكون موجهاً نحو بناء إدراكات على شكل تلك التصويرة المنَشَطة. إننا نتبنى أو نتوجه نحو تلك المواقف

التي تكون مهمة بالنسبة لتصويراتنا ونسعى من خلال تعاملنا مع هذه المواقف وفق تصويراتنا إلى توليد أنفسنا. وقد أطلق ماتورانا (Maturana, 1982) على هذا النشاط المولد للمنظومات الحية تسمية التكون الذاتي .Autopoiese وفي إطار التكون الذاتي تتجلى حسب مبدأ الاتزان النظري المنظومي ظاهرة غامضة، ولكنها مميزة جداً للمنظومات الحية : إذ تتشكل دائماً بنى غير محتملة كثيراً أي أكثر تمايزاً وأعلى تنظيماً. ووفق مبدأ الدائرة الإرجاعية فقد نتوقع العكس بالتحديد مع الأهداف القائمة باعتبارها قيم واجبة، أي أننا نبقى ثابتين دائماً....وقد قام برايغوغاين (Prigogine, 1976,1977; Prigogine & Stengers,1981)من خلال نظريته حول البنى التشتيتية dissipative Structuresبإيجاد مخرج من هذا المأزق، الذي وجدت فيه نفسها مجموعة كاملة من العلوم التي تهتم بالمنظومات المعقدة. والبنى التشتتية عبارة عن منظومات منظمة بصورة معقدة يتجه نشاطها الرئيسي إلى إعادة إنتاج نفسها (التوالد الذاتي). ويمكن للتقلبات Fluctuations داخل المنظومة التي تنجم عن التبادل مع المحيط خارج المنظومة في مثل هذه المنظومات التي تكون موجودة في حالة شديدة من عدم التوازن أن تتعزز أو تتقوى بالحفز الذاتي autocatalytic وتجعل المنظومة تنتقل إلى بنية تكوينية ذاتية أقل احتمالاً. ويسمي برايغوغاين مبدأ التطور هذا "التنظيم من خلال التقلب". إن مثل هذا التطور إلى حالات قليلة الاحتمال للمنظومة، بالشكل الذي يميز النمو الإنساني لايمكن أن يحدث وفق نظرية برايغوغاين إلاّ في التبادل مع المحيط خارج المنظومة. ...وهذه هي الخطوة تماماً التي كان بياجيه قد تصورها منذ البداية من خلال سيرورته الجدلية للتمثل والتكييف. وتحتوي أفكار برايغوغاين العامة غير المقتصرة على المجال الإنساني و التصورات النفسية لبياجيه ونايسر على النتيجة نفسها والقائلة: إنه لا يمكن وضع تصور مقبول لسيرورات النمو الإنسانية إلاّ إذا عملنا مع بناءConstruct ، يشبك بين الفرد والمحيط منذ البداية بطريقة تفاعلية مع بعضهما. وبناء التصويرة Schemasconstruct سيظل فارغاً دون استناد جذري إلى التعاملات الواقعية مع المحيط. إنها محرك النمو النفسي .....

ويمكن اعتبار تصور بياجيه حول بناء التصويرة في العملية الجدلية للتمثل والتكييف بأنه صياغة نوعية نفسية مسبقة للمبادئ العامة للتكون الذاتي و "التنظيم من خلال التقلب" (وقد اهتم بياجيه كثراً على سبيل الذكر في سنواته الأخيرة بالتصورات النظرية لبرايغوغاين). إن النشاط الموجه نحو تحقيق الأهداف القائمة بالأصل للتصويرة يقود في التبادل مع المحيط بشكل منتظم إلى بناء بنى جديدة أكثر تمايزاً. فالفرد يولد في عملية التوالد الذاتي نفسه من جديد باعتباره شيء متغير. "إنه منتج لنموه الذاتي.(Lerner & Busch-Rossnagel, 1981) "

ولابد لكل تصويرة تبنى من جديد أن تندمج في الكل الأعلى. ويمكننا تسمية أبعد كلية عليا بذات الفردSelf of Individiuum ، وهي الوحدة الأعلى لتنظيم النشاط النفسي المنظم هرمياً .(Powers,1973)فالذات تعتبر تصويرة أيضاً، وهي تتجه مثل التصويرات الأخرى إلى إعادة إنتاج نفسها من خلال النشاط النفسي وبالتالي

فهي تغير نفسها من خلال ذلك في الوقت نفسه. ولابد لنا من تفريق الذات المنَظمة، والتي هي بالتحديد ليست موضوعاً لمحتوى الوعي، عن مفهوم الذات Self-concept، تلك الصورة التي يمتلكها الفرد عن نفسه في صيغة محتويات متوفرة من الشعور. وحتى وليم جيمس كان قد فرق بينهما من خلال "I" و "Me". فالذات المنَظمة أو أجزاء منها يمكن أن تتحول من خلال عملية التجريد العاكس إلى مركبات من مفهوم الذات، الأمر الذي يتم من خلاله الوصول إلى مرحلة جديدة من التنظيم الذاتي. غير أن الصورة التي نحملها عنّـا نحن أنفسنا وفق هذا التصور ليست متطابقة مع مكان التوجيه الأخير لنشاطنا النفسي .

فالاستعرافات الشعورية وفق هذا التصور هي نفسها عبارة عن تصويرات للنشاط النفسي الموجه. إنها نظام موجه من الأهداف، ننظمه فيما نفعل ونعيش. وهي تتحدد في الوقت نفسه من قبل ما وجد بالفعل ومن قبل التصويرات المنَشَطة في كل مرة. إذاً فهي في الوقت نفسه انعكاس وتفسير. أما وظيفة الاستعرافات الشعورية داخل الجهاز النفسي ككل فتتكون من أنها تتيح الضبط الإرادي والتخطيط والتعبير الذهني وبالتالي المواجهة الفاعلة بشكل خاص مع المحيط على شكل أهداف ذاتية. غير أن هذه الوظيفة للاستعرافات الشعورية خاضعة للتصويرات المنَشَطة، إنها ليست " منظمات مستقلة ". وبما أننا نعيش تصرفاتنا وكأنها موجهة من استعرافاتنا الشعورية، فإننا نخدع بسهولة من خلال اعتبارنا لها المحدد الفعلي لفعلنا. ولكنها وفق التصور المتبنى هنا عبارة عن شكل خاص لنشاط التصويرات، تتمثل خصوصيتها ووظيفتها من أنها تتيح قيام سيطرة فاعلة على السلوك بشكل خاص في خدمة الأهداف المنشطة. فعندما يقرر أحدهم القيام بشيء ما ويقوم به بصورة مخططة فإن هذا عندئذ يكون نشاط نفسي في خدمة التصويرات المنشطة، التي ليس له بالضرورة أن يمتلك حولها وعياً في لحظة الفعل. وكلما تطابقت الاستعرافات الشعورية مع ما هو قائم بالفعل كان ضبط السلوك المتاح من خلالها أكثر فاعلية في خدمة أهداف الفرد، وبالعكس. وتعبيرنا العامي الدارج المتمثل في مقولة "إنه يخدع نفسه" تعبر عن الحال المتمثل في أن حصة التفسير في الاستعرافات الشعورية وفق التصويرات النشطة في هذه اللحظة كبيرة بالنسبة إلى حصة عكس المعطيات الواقعية. فإذا ما أريد للعلاج النفسي أن يساعد الفرد هنا على بناء حياته أكثر وفق حاجاته الفعلية وأهدافه الإيجابية، فإن ذلك يمكن أن يحدث من خلال أن يساعده العلاج النفسي على التقليل من خداع نفسه.

وقد اعتبر أيريش فروم (1981) أن "إزالة الوهم" هذا تشكل الهدف الأساسي للتحليل النفسي الفرويدي. عدم خداع النفسي يعني امتلاك وعي صائب حول ما الذي يحدد فعلاً الفعل والخبرة الذاتيين. ووفق هذا التصور فإن تصويرات الفرد هي من يحدد هذا .

ووفقاً لذلك فإن إحدى أهم وظائف العلاج النفسي أن يصل المتعالج إلى وعي صائب حول تصويراته الأهم. وهذا يمكن أن

يتم تحقيقه بشكل خاص من خلال أن يقوم بتوجيه انتباهه الانعكاسي على ما الذي يفعله فعلاً وفي مصلحة أية أهداف يفعل ذلك بالفعل. وفي هذه النقطة ينسجم تصورنا بشدة مع مسودة روي شيفر (Roy Schafer, 1980) حول "لغة التصرف بالنسبة للتحليل النفسي "

وهنا يطرح السؤال حول لماذا لا نمتلك عادة وعياً كاملاً وصائباً عن تصويراتنا الخاصة، مع أنها سوف تضمن لنا التحقيق الأمثل لأهدافنا؟. وهناك تفسيران لهذا:

التفسير الأول هو أن حالة الإدراك Bewusstheit إلى حد ما ليست هي الحالة الطبيعية للنشاط النفسي، وإنما - كما أوضحنا سابقاً - تمتلك وظيفة خاصة وانتقائية. والجزء الأكبر من السيرورات النفسية يجري دون إدراك Bewusstheit.ويتم توجيه الانتباه الشعوري إلى الاتجاه الأقرب الذي يتم احتياجه فيه، وهذا الاتجاه هو ضبط التصرف اليومي، طالما لم نكون بعد أفعالاً (نشاطات)، دقيقة إلى حد ما، مؤتمتة بشكل كامل (von Carnach, Machler & Steiner, 1983).إننا نحتاج انتباهنا الواعي لإجراء محادثة و عند قيامنا بالكتابة و بإجراء مكالمة هاتفية وعندما نُدرس ونصغي...الخ. ومن هنا فإننا عندما نريد توجيه انتباهنا الواعي إلى أنفسنا باعتبارها مصدر خبرتنا وأفعالنا، لابد لنا عندئذ من أجل القيام بذلك من أن نحرر أنفسنا من ضرورة الضبط الدقيق للتصرف. ومثل هذا الموقف يتم تصميمه بشكل فاعل في العلاج النفسي أيضاً، وبشكل متطرف جداً في التحليل النفسي الاستلقائي . وتمثل الممارسات الدينية والتأمل...الخ تحقيقات أخرى للفكرة الأساسية نفسها.

ومن أجل أن يكون شيئ من محتويات الوعي تحت التصرف لابد وأن يكون قد وجد ذلك الذي يستند إليه المحتوى مرة في بؤرة الانتباه الشعوري. من الناحية الوظيفية يشترط وجود الوعي أو الشعور وجود حالة الإدراك Bewusstheit وهو يعقب الإدراك زمنياً. فالوعي لشيء ما أو بشيء ما لابد من تحقيقه بفاعلية أولاً، إنه ليس موجوداً هكذا بشكل طبيعي. وهذا ينطبق كذلك على الوعي بمحددات السلوك والخبرة الذاتيين. وحتى إنجاز هذا الوعي لابد من اعتباره بناء لبنى معرفية. وإحدى التصورات الخاطئة شديدة العواقب لنموذج التحليل النفسي تكمن في التصور المتمثل في أن المعنى الوظيفي لسلوك معين يكون شعورياً فيما يتعلق بدوافع محددة، إذا ما لم تتم إعاقة هذه المعرفة من خلال قوى نفسية في أن يصبح شعورياً، وبالتالي فإنه يمكن جعله شعورياً، من خلال إزالة هذه القوى النفسية التي سببت الإعاقة. إن تحقيق وعي سديد عن التصويرات الذاتية لا يعني رفع الغطاء عن "اللاشعوري "، عن شيء ما موجود في الواقع كمعرفة ولكنه كبت في اللاشعور، وإنما يعني بناء شيء ما جديد لم يكن موجوداً في السابق. أرى أن الوظيفة الثقافية الأهم للعلاج النفسي كشكل من علم النفس الممارس أبعد من مجرد غرضه الشافي بالمعنى

الضيق، إنها تكمن في مساهمته لتطوير وعي صائب للإنسان حول نفسه كمصدر لخبرته وسلوكه الخاصين.(Grawe, 1985)

والسبب الآخر لعدم اكتمال وعينا بالتصويرات الذاتية يتعلق بأن النشاط المنَظم للتصويرات مترافق دائماً بالانفعالات. والانفعالات عبارة عن تقييمات للنشاط النفسي بالنظر إلى التصويرات المنَشطة. فالإدراكات والتصورات والذكريات تترافق بانفعالات مصبوغة إيجابياً وفق تصويراتنا. وبمقدار ما لا نتمكن فيه من مطابقة إدراكاتنا مع أهدافنا، تظهر انفعالات سلبية. وهذا يمكن أن ينشأ من خلال إعاقة نشاطاتنا الموجهة إلى خلق إدراكاتنا المتوافقة مع الهدف من خلال كف خارجي أو من خلال نشاط التصويرات المتصارعة أو أننا نواجه بمواقف دون مساهمتنا، تهدد وتخيب أهدافنا ...الخ. فالانفعالات عبارة عن تعابير تقييمية للحدث النفسي من جهة، ومن جهة أخرى تمد النشاط النفسي بالطاقة وتعطيه اتجاها (Mandl & Huber, 1993; Lantermann, 1983; von Cranach & Ochsenbein, 1984)ومن هنا فهي على علاقة وثيقة مع المظهر الدافعي للتصويرات.

إن المقولة القائلة إننا نحاول إحداث الإدراكات وفق أهدافنا ومقولة أننا نقوم بإحداث انفعالات إيجابية ونحاول إنهاء أو تجنب الانفعالات السلبية، تبدوان في البداية بأنهما متساويتين، ذلك أن الأهداف الإيجابية والسلبية لإنسان ما تخصص كيف سيتم لديه إحداث انفعالات سلبية وإيجابية. ولكن في الواقع فإن المقولة الثانية تذهب إلى أبعد من الأولى في معناها الوظيفي بالنسبة للحدث النفسي. فعندما يصل انفعال ما إلى مقدار معين، فإن النشاط النفسي يتجه بالدرجة الأولى إلى إنهاء هذه الحالة المقيتة– بغض النظر عن الكيفية لتي نشأ فيها الانفعال. وهذا يعني وظيفياً نوعاً من الاستقلالية لمنظومة التنظيم الانفعالية عن التصويرة الموجهة نحو الأهداف الإيجابية للفرد. ويمكننا الحديث هنا عن تصويرات انفعالية إيجابية وسلبية، تكمن غايتها في إحداث أو الحفاظ على أو رفع حالات انفعالية مصبوغة إيجابياً أو إنهاء أو تجنب حالات انفعالية مقيتة. وبالنسبة لمجال العلاج النفسي فإن التصويرات الانفعالية السلبية ذات أهمية بالدرجة الأولى.

كما وأن التصويرات الانفعالية تتشكل في مجرى سيرة الحياة الفردية. فالفرد يتعرف على الحالات الانفعالية المختلفة بالترابط مع مواقف أو إدراكات معينة وينمي في سياقها استراتيجيات لإحداثها أو لتخفيضها أو لتجنبها. وتكون استراتيجيات تجنب إدراكات معينة أكثر وضوحاً كلما كانت الحالات الانفعالية المرتبطة بذلك بالأصل صعبة التحمل بالنسبة للفرد، وتكون أكثر رسوخاً كلما ووجه الفرد في مجرى سيرة حياته بمواقف مطابقة. ومن هنا فإن التصويرات الانفعالية السلبية تنشأ في سيرة حياة الفرد بشكل خاص في الأحداث الصادمة وأكثر في التشكيلات الصادمة طويلة الأمد.

ويبدو ذلك للوهلة الأولى متناقضاً، ولكن يستنبط بشكل منطقي من ماهية التصويرات الانفعالية أنه كلما كانت تصويرة انفعالية سلبية معينة أكثر أهمية بالنسبة

للفرد، عاش الفرد الانفعالات المطابقة أقل بالفعل. غير أن هذا يفتدى من خلال مجال واسع مطابق من الاستعرافات و الإدراكات "غير الصالحة".

وتنشط الإدراكات والاستعرافات القائمة على مثل هذه التصويرة الانفعالية استراتيجيات التجنب المرتبطة بذلك. ويكون النشاط النفسي موجهاً نحو عدم السماح للاستعرافات القائمة على محتوى مثل هذه التصويرة. وقد وصف التحليل النفسي بعض استراتيجيات التجنب الملائمة لذلك تحت "آليات الدفاع".

وطبعاً ليس من الضروري أن يصل تجنب إدراكات واستعرافات مطابقة إلى درجة أن الفرد لا يتمكن من السماح لها على الإطلاق. وجميعنا يعرف أمثلة حول ذلك: فنحن نود لو نتجنب مشاعر محددة أو الخبرات التي تقود إلى مثل هذه المشاعر، حتى لو كانت عاقبة ذلك أن نقيد أنفسنا من خلال ذلك في مجالات حياتية معينة، غير أنه من الممكن جداً أن نكون مدركين لها. فليس بالضرورة للتصويرات الانفعالية السلبية أن تكون لا شعورية. غير أنه إذا ما كانت الخبرات الصادمة شديدة جداً فإنه يمكن لمحتويات التصويرة وتأثيراتها الوظيفية على الحدث النفسي ألا تعود ضمن ظروف معينة موضوعاً للاستعرافات الشعورية بسبب إعاقة الاستعرافات المطابقة من خلال استراتيجيات التجنب المرتبطة بالتصويرة وتبقى التصويرة المعنية عندئذ كمحددة للخبرة والسلوك لاشعورية ولا يتم التمكن من خبرة الانفعالات المطابقة للتصويرة على أنها مشاعر. وبمقدار ما يكون الحال كذلك لابد وأن يتوهم الفرد بالضرورة شيئاً عندما يحاول تفسير أفعاله وخبراته الخاصة، ذلك أن جزءاً من الارتباطات الوظيفية الفعلية لابد وأن يستثنى من التفسير. وهذا يمكن أن يمتد بحيث تكون فيها التفسيرات "الممررة" وفق التصويرة غير كافية إلى درجة لا يعود فيها "الفرد يفهم حتى نفسه". وغالباً ما تكون هذه الحالة هي منطلق العلاج النفسي. وبمقدار ما يتم التمكن في العلاج من جعل محتوى التصويرات الانفعالية السلبية اللاشعورية قابلة للخبرة الشعورية (قابلة لأن تخبر شعورياً)، لا يغير المتعالج أل"I " الخاصة به، أي ذاته الناظمة فحسب، وإنما يوسع أيضاً أل "Me"

الخاصة به أي يوسع مفهوم ذاته من خلال استخدام محددات خبرته وسلوكه التي كان قد استثناها حتى الآن، والتي غالباً ما تفقد من خلال ذلك بالتحديد تأثيرها التحديدي القائم حتى الآن على الحدث النفسي.

ووفق ما ذكرناه حتى الآن يمكننا التمييز بين محددتين رئيسيتين للخبرة والسلوك:

1)- تصويرات الذات: وهي عبارة عن تلك التصويرات، الموجه نشاطها إلى إحداث أو الحفاظ على الأهداف الإيجابية.وهي عبارة عن تلك الأهداف التي تمتلك قيمة إيجابية بالنسبة لذات الفرد ومفهومه عن ذاته وبالنسبة لإشباع حاجاته.

2)- التصويرات الانفعالية السلبية: وهي عبارة عن تصويرات موجهة نحو تجنب حالات انفعالية مقيتة معينة. وغالباً ما يتوجب استبعادها من استراتيجيات التجنب المطابقة، ذلك أنه من غير الممكن الوصول في البداية إلى تفاهم حول محتوى هذه التصويرات.

ويمكننا النظر للمشكلات والأعراض المهمة علاجياً بأنها نتاج لتفاعل هذه التصويرات الإيجابية الموجهة نحو التوالد الذاتي (إعادة إنتاج الذات) والتصويرات الانفعالية السلبية (اللاشعورية غالباً). إنها المسببات الفاعلة لبنية التصويرة القائمة (Zingg,1985) ويتم تحديثها باستمرار طالما لم تتطور التصويرات المهمة بالنسبة لذلك.

وبما أن الإنسان حساس جداً في الشيء الذي يشعر بأنه يفتقده جداً، فإن الصدمات المشكلة للب تصويراته الانفعالية السلبية غالباً ما تقوم على الخيبات والأذيات والتهديدات في الحاجات الأساسية مثل الأمان والحنان ة والرعاية والتقدير والإعجاب ...الخ، التي كانت في تلك المرحلة من الحياة مهمة جداً بالنسبة للفرد. يطور كل إنسان لنفسه تصويرات خاصة لإشباع هذه الحاجات الأساسية.(Gasiet,1980)

فمن طبيعة التصويرة إذاً أن تبقى منَشطة طالما لم يتم التمكن من إحداث إدراكات على شكل مركبات هدفها (أي التصويرة). ومن هنا فإن إعاقة هذا الهدف من خلال الرضوض الصادمة والخيبات والتهديد تقود إلى تأثيرات ثلاثية:

- تتحول الانفعالات المثارة من خلال ذلك إلى لُب تصويرة انفعالية سلبية، تكون موجهة في المستقبل نحو تجنب الحالة الانفعالية المرتبطة بالصدمة.

- تظل التصويرة المطورة حتى لحظة الصدمة والموجهة نحو إشباع الحاجة المعنية، منّشطة وتحتفظ بالتالي بتأثيرها على النشاط النفسي.

- لا تستطيع الحاجة الأصلية والأهداف الموجهة نحوها، إذا ما تعلق الأمر بصدمة شديدة، أن تتحول إلى موضوع للاستعرافات الشعورية على شكل رغبات معاشة، لأن هذه الاستعرافات تكون مرتبطة مع الصدمة مباشرة ويتم منعها من التحول إلى أن تصبح شعورية من خلال نشاط التصويرة الانفعالية السلبية.

وينجم عن هذه التشكيلة Constellation سلوكاً يصعب فهمه للوهلة الأولى، يغطي إلى مدى بعيد ما وصفه التحليل النفسي من خلال مصطلح " قسر التكرار". فالفرد هنا يضع نفسه بشكل فاعل باستمرار في مواقف تنتهي بالإخفاق بالنسبة له دون أن يظهر أنه قد تعلم شيئاً من ذلك. ويبدو سلوكه من هذا المنظور لاعقلاني. وبالفعل فإن هذا يبدو وكأن الفرد لا يمتلك بالتحديد المنطق لتوجيه سلوكه على شكل أهداف قصدية، لأن هذه الأهداف لاشعورية بالنسبة له.

وينطبق هذا سواء على الأهداف الموجهة نحو الحاجات الأصلية التي تستمر في تحديد السلوك، ولكنها لا تعاش كرغبات، ولهذا فهي لا يمكن تحقيقها بشكل فاعل بوسائل التخطيط وتوجيه السلوك الشعوريين، أم على الأهداف السلبية الموجهة نحو تجنب انفعالات معينة. وعليه يلجأ الفرد باستمرار إلى المواقف المهمة بالنسبة لحاجاته، ويشعر بالانجذاب السحري نحو هذه المواقف، غير أنه يتصرف فيها تحت تأثير التصويرة الانفعالية السلبية التابعة لها، بحيث لا تشبع حاجاته بالتحديد. وبما أن التبريرات التي يبرر فيها الفرد سلوكه الخاص، لا يمكنها أن تراعي المحددات الفعلية، فإن محاولاته بأن يفعل في المرة القادمة ذلك بشكل أفضل، تفشل بانتظام. وبالفعل فإن إنسان مثل هذا يقع في ورطة غير قابلة للحل تقريباً: فهو لا يستطيع التخلص من حاجاته ولا إشباعها بشكل مقبول (بسبب نشاط التصويرة الانفعالية السلبية المعنية) و وفوق ذلك كله يتساءل متخبطاً في الظلام عن كيفية حصول ذلك كله.

وبهذا المعنى يمكن لمهمة العلاج النفسي أن تعرف في الحقيقة وفي جزء جوهري منها بأنها معالجة وحل الصراعات (اللاشعورية على الغالب). ومن هنا يلعب التغلب على مثل هذه الصراعات بين تصويرات الذات الإيجابية والتصويرات الانفعالية السلبية دوراً مركزياً في تحليلنا للمشكلة المعالجة وفق هذا التصور (Wuethrich & Zingg, 1986).

وبما أن إشباع الحاجات الأساسية الأهم للإنسان لا يمكن أن يتم عملياً إلاّ ضمن إطار علاقات بين إنسانية، فإن تصويراته الأهم بالدرجة الأولى تمس بناء أو تشكيل العلاقات البين إنسانية. ومن هنا يحتل الشكل الذي يبني فيه المتعالج علاقاته البين إنسانية والصراعات الناجمة عن ذلك مركز الصدارة في تحليلنا للمشكلة. ومن هذه الناحية يشبه مبدؤنا المعالجات التبوئرية التي طورها ستروب وبيندر (Stropp & Binder, 1984) و لابورسكي(Laborsky, 1984) ، التي تضع كذلك الصراعات البين إنسانية المركزية للمتعالج في موقع الصدارة في التحليل والعلاج. فيما عدا ذلك هناك اختلافات كبيرة كامنة في التصورات النظرية وطريقة التحليل والاستنتاجات العلاجية بين هذه المبادئ ومبادئنا.

ويتطابق مبدؤنا في كثير من النقاط مع الاتجاه الكلي لكتاب "العلاج النفسي البين شخصي Handbook of Interpersonal Psychotherapy"الصادر في عام 1984 الذي نشره أنشين وكيسلر (Anchin & Kiesler, 1984) في تأكيده على المظهر البين إنساني سواء فيما يتعلق برؤية الاضطرابات النفسية أم فيما يتعلق بعملية العلاج، وعلى الأخص مع مقال كيسلر الموجود في الكتاب (a and b).1982)

ولا تحدد التصويرات التعاملات الواقعية للفرد مع محيطه فحسب وإنما تتطور أيضاً من خلال تلك التعاملات الواقعية. ومن هنا فإن إحداث التعديل في التصويرات يمكن أن يحدث بشكل فاعل جداً في الوقت الذي يقيم فيه المريض

وفق هذه التصويرات علاقاته مع محيطه. وهذا يمكن أن يحدث سلوكياً تجاه المحيط الواقعي أو معرفياً تجاه المحيط المتمثل. والأمر المهم بالنسبة للتعديل هو تحويل نشاط التصويرة الجاري بالفعل نحو وجهة جديدة.فقط في الوقت الذي تكون فيه تصويرة ما منَشطة بالفعل، يمكن قطع المجرى المعتاد وتحويل اتجاهه نحو وجهة جديدة. ويستطيع المعالج معرفة فيما إذا كانت تصويرة معينة منَشطة بالفعل، من خلال فيما إذا كانت الانفعالات المطابقة للتصويرة معاشة في هذه اللحظة. إذاً فمن المنظور النظري للتصويرة تتحدد فاعلية العلاج بشكل خاص من خلال تصميم مواقف تحظى فيها التصويرات المهمة بالنسبة للمشكلة بتأثير منَظم على خبرة وسلوك المريض، من أجل التمكن من التدخل في الحالة الوظيفية هذه في النشاط الجاري للتصويرة المشكلة.

هذه الاستنتاجات المشتقة من نظرية التصويرة Schema-Theory تتطابق بصورة جيدة جداً مع نتائج البحث الإمبيريقي التي وجدناها. لقد ذكرنا في الفصل السابق في مقطع الإطار العلاجي و في المقطع المتعلق بخصوصية التأثير كثير من النتائج التي تشير إلى أنه يمكن معالجة صعوبات المرضى بصورة أفضل إذا ما تمت في الإطار الذي تتجدد فيه هذه الصعوبات بالتحديد: المخاوف رهابات الأماكن العامة في الأسواق والأماكن العامة..الخ، و الصعوبات البين إنسانية في الإطار العلاجي ضمن المجموعة، والمشكلات الجنسية في الفراش...الخ. ويمكن تفسير التأثير الجيد لكثير من الأساليب المتخصصة بالمشكلة بشكل جوهري كلية من خلال أنه في هذه الأساليب يتم بشكل خاص تنشيط التصويرة المحددة للمشكلة بصورة فاعلة، الأمر الذي يحقق شروطاً جيدة للتدخل في نشاط التصويرة الجاري بشكل معدل للاتجاه من خلال التأثيرات العلاجية. وليس هناك من شيء يستطيع أن يثير التصويرات نحو التكييف accommodation بشكل أكثر فاعلية من جعل المريض يبني إدراكات واقعية، لا تتطابق مع التوقعات وفق تصويرته المنظمة للنشاط النفسي في هذا الموقف. وهذا ما يحدث بالتحديد في المعالجة بالمواجهة بالمثير مثلاً. فمن خلال اللجوء إلى موقف مثير للخوف يتم بشكل مدروس تنشيط تصويرة انفعالية سلبية. ومن خلال عدم السماح لاستراتيجية التجنب يتم إيصال أُب التصويرة الانفعالية السلبية، أي الانفعال المقيت الذي تم تجنبه حتى الآن بكافة الوسائل، إلى أن يعاش بصورة مباشرة بشكل كامل. ومن خلال ذلك يتم تنشيط التصويرة الانفعالية السلبية المعنية مع كل الاستعرافات ومخططات التجنب المرتبطة بذلك إلى أقصى درجة. إن الحقيقة القائلة بأن الخوف يتضاءل بعد بعض الوقت دون أن يحدث هذا التضاؤل من خلال سلوك التجنب أو السلوك الخاطئ، يقلب المجريات الوظيفية القائمة حتى الآن على رأسها إن صح التعبير، والحقيقة المتمثلة في أن المريض يعيش محتوى التصويرة الانفعالية السلبية التي تم تجنبها حتى الآن على شكل مشاعر شعورية، تهز القواعد الأساسية القائمة عليها التصويرة الانفعالية السلبية. وبالطبع فإنه مع إعاقة سلوك

التجنب وخبرة الانفعالات المتَجنبة يتم تنشيط كل الاستعرافات المرتبطة مع التصويرة (الخوف مما سيحدث، أوامر الهروب...الخ). إلاّ أنها تكون مشلولة في وظيفتها الموجِهةُ للسلوك، أي أنه يتم قطع الاتصال الأمري من الاستعراف إلى السلوك من خلال التأثير العلاجي وتجعل عاجزة في وظيفتها العاكسة لما هو قائم من خلال ما يحدث بالفعل. لقد أشرنا أعلاه إلى أن الاستعرافات دائماً تعكس في الوقت نفسه ما هو قائم وتفسر الواقع وفق التصويرة الموجودة. ومن خلال الحدث الجاري من خلال المواجهة مع المثير تتأثر أيضاً وظيفة تفسير الاستعرافات المرتبطة بالتصويرة الانفعالية، أي وظيفة الاستعرافات القائمة حتى الآن كإدراكات في خدمة التصويرات اللاحقة للمريض، والتي هي جزء من مفهومه عن ذاته (أنظر أعلاه). وهذه يمكن أن تكون استعرافات على نحو "إنني لا أستطيع التحمل كما يتحمل الآخرين"، "هناك شيء ما ليس على مايرام لدي"، "أحتاج لمن يدعمني باستمرار"، "لن أستطع أبداً التغلب على قلقي"، "لن يكون بإمكاني العيش كإنسان طبيعي أبداً" وأشياء أخرى كثيرة. وعندما يتم إجبار تصويرة ما مثل المأخوذة هنا كمثال على التصويرة الانفعالية السلبية الموجهة نحو تجنب القلق على التكييف accommodation من خلال التعاملات الواقعية مع المحيط، عندئذ عادة ما تقع تصويرات لاحقة تحت ضغط التكييف وذلك من خلال الاستعرافات المتأثرة كذلك بهذا التكييف. وفي هذه الحال يمكن أن يكون هذا تصويرة علاقة مثلاً موجهة نحو الامتلاك الدائم لأشخاص تحت التصرف يقدمون الحماية والدعم، وطبعاً تصويرة الذات العليا للمريض، المندمجة فيها كل هذه التصويرات. ويتحدث بياجيه في هذه الحال عن "التكييف التبادلي reciprocal accommodation."

وتوضح العلاقات الموضحة من خلال هذا المثال سبب حصول تغيرات واسعة في التأثيرات الخاصة بالمشكلة في الغالب ولا تقتصر هذه التبدلات على المشكلة المعالجة بشكل مباشر. وقد وجدنا بالنسبة لبعض طرق التأثير النوعية كتدريب المواجهة الاستعرافية والعلاجات السلوكية الاستعرافية للاكتئاب ومعالجات حل المشكلة وطرق أخرى كثيرة مجال تأثير واسع بشكل ملحوظ. فالمعالجات المتمركزة غالباً على مشكلة واحدة خاصة أو بضعة مشكلات خاصة تحدث بصورة منتظمة تقريباً تغيرات لا تقتصر على المشكلة المعالجة فحسب وإنما في الإحساس العام بالصحة وفي المجال البين إنساني وفي مفهوم الذات...الخ. ومن هنا يبدو أنه من خلال التكييف المحقق بالفعل للتصويرة ذات الأهمية بالنسبة للمشكلة فإنه غالباً ما تثار تصويرات أخرى بحيث تبدأ تعديلات واسعة مثيرة للدهشة، حسب خصوصية التأثير أو المداخلة، للسلوك والانفعالات والاستعرافات.

وهنا يبدو أن الاستعرافات تلعب دوراً مهماً خاصاً بشكل خاص في عملية التعديل. وهذا غير ظاهر في الآراء النظرية التصويرية

Schematheoreticalحول وظائف الاستعرافات في الحدث النفسي فحسب وإنما في نظريتين من علم النفس الإمبيريقي طورتا بشكل مستقل عن ذلك، واللتين يمكن اعتبارهما مبرهنتين بصورة جيدة. ونقصد بذلك نظرية " توقعات الكفاءة الذاتية " Self efficacy expectation لباندورا (Bandura,1977)و نظرية الانفعال لريتشارد لازاروس (Richard Lazarus, 1988, 1991a,1991b; Lazarus & Folkman,1987)وقد عزا باندورا (1977, 1978) فاعلية المداخلات العلاجية السلوكية إلى مبدأ تأثير واحد، تحظى فيه استعرافات المتعالج بدور وظيفي مركزي. ويرى أن الأمر الحاسم في الإجراءات العلاجية السلوكية لمعالجة القلق هو حدوث إعادة تقييم للإطار، الذي يرى فيه المريض نفسه بالنسبة للموقف المعني. وبالمقدار الذي يخبر فيه المتعالج أنه يستطيع التحمل في موقف مثير للقلق دون أن يهرب منه ينشأ عن طريق الوظيفة العاكسة للاستعرافات نوع محدد من إعادة التقييم الاستعرافي، ألا وهو الثقة "إنني أستطيع التغلب على هذا الموقف" (توقعات الكفاءة الذاتية Self efficacy expectation).وهذا الاستعراف الناشئ حديثاً يكون راسخاً في الخبرة الواقعية، غير أنه يتحول نفسه من خلال وظيفة الاستعرافات الموجهة للسلوك إلى أساس لخبرات مبرهنة أخرى، إذ أن المريض هنا يتشجع لتعريض نفسه لمواقف مطابقة محققاً بذلك أطراً جديدة بالفعل للمحيط والفرد. وهذا هو بالتحديد وكما أوردنا أعلاه النوع الذي تنمو من خلاله التصويرات من جديد. إنها تنشأ من تعاملات الفرد الواقعية مع المحيط، وفي الوقت نفسه تقوم هذه التعاملات على التصويرات. إن المداخلات العلاجية في المواجهة مع المثير تسبب من خلال كونها تقود المتعالج واقعياً إلى تعاملات جديدة مع المحيط حدوث عملية نمو متأرجحة إيجابيا، تقود إلى تشكل تصويرة تغلب جديدة بدلاً من التصويرة الانفعالية السلبية القديمة. إن تشكل استعرافات التغلب التي أطلق عليها باندورا تسمية توقعات الكفاءة الذاتية، هي إذاً جزء من عملية شاملة، لا تنشأ فيها استعرافات جديدة فحسب وإنما أهداف جديدة أيضاً، ذلك أن الأهداف هي اللب الوظيفي الفعلي للتصويرات. وعندما لا يمتلك مركب هدف تصويرة تغلب ناشئة حديثاً قيمة إيجابية بالنسبة لأهداف تصويرات أخرى مهمة للمريض، أي عندما لا يكون تحقيق الهدف (التمكن من التحرك بحرية في الموقف الذي تم تجنبه حتى الآن) هو الإدراك وفق تصويرات أخرى مهمة للمريض، عندئذ لن تستطع المواجهة مع المثير أن تقود إلى تشكل تصويرة تغلب جديدة لغياب الشرط الدافعي اللازم لذلك.

ومن المنظور النظري للتصويرة فإن نظرية توقعات الكفاءة الذاتية لباندورا ينقصها المظهر الدافعي. فالنظرية يمكنها أن تفسر بصورة جيدة كيفية حصول نجاحات العلاج في الأساليب العلاجية المختلفة القائمة على التغلب، ولكنها لا تستطيع أن تفسر لماذا لا تظهر التبدلات الإيجابية لدى جزء من المتعالجين (راجع حول هذا الأمر المقطع المتعلق بفاعلية العلاج في الفصل الثاني). ومن

المنظور النظري للتصويرة فإن السبب الرئيسي لهذا هو غياب الشرط الدافعي المطابق. فعندما لا تكون أهداف أسلوب ما قائم على التغلب هي دائماً تحقيق إدراكات وفق تصويرات مهمة قائمة مسبقاً، فإنه لا تتوفر عندئذ الشروط لتطبيق مثل هذه الأساليب وبدلاً من ذلك فإن الأسلوب التوضيحي هو الأسلوب الفاعل. وإما أن يقود هذا إلى التعديلات المرغوبة أو أنه يمكن أن يولد الشروط لتطبيق الأساليب التغلبية التي أثبتت صلاحيتها.

وحتى في المنظور التوضيحي تحتل الاستعرافات في عملية العلاج مركزاً مهماً. فهي مثل الانفعالات مرافق دائم للنشاطات النفسية الموجهة من قبل التصويرات وتلعب فيها دوراً وظيفياً مهماً. ويمكن استنتاج التصويرات نفسها: من السلوك والانفعالات والاستعرافات. والاستعرافات هي ما يمكن للمعالج والمتعالج أن يتبادلاها مباشرة في العلاج القائم على الإيضاح. ويتحدد هذا التبادل من كلا جانبي التصويرات، وتشكل الاستعرافات (أي الموضوعات المعالجة) محتوى هذا التبادل فقط. وبما أن الاستعرافات بسبب من وظيفتها الثلاثية تلعب دوراً مهماً جداً في الحدث النفسي – الانعكاس لما هو قائم و تفسير الواقع تحت سيطرة التصويرات الناظمة و توجيه التصرف، فإنه من الممكن جداً أن تكمن في معالجتها على شكل نقاط رئيسية طاقة علاجية عالية. أما استغلال هذه الطاقة فيتعلق بالكيفية التي يحدث فيها هذا.

فعندما يتحدث المتعالج والمعالج حول استعرافات المتعالج، فإن هذا لا يعني بعد أن تصويرات مطابقة تكون منَشطَة طبقاً لمحتوى ما يتم التحدث حوله. وفي كل الأحوال فإن لما يتحدث حوله المتعالج وظيفة في خدمة التصويرات المنَشطة في هذه اللحظة، غير أن تلك يمكن أن تكون غير المحتويات المتطرق لها. فتعابير المتعالج يمكن على سبيل المثال أن تمتلك وظيفة تقديم النفس بطريقة معينة للمعالج وبالتالي تخدم المحتويات التي يتم ذكرها كوسيلة. وعندما يتطرق المعالج عندئذ إلى المحتويات التي أفصح عنها المتعالج فإنه لا تتم بهذا الشكل معالجة تصويرة منَشطة وإنما "تعمل" تصويرة أخرى منَشطة على المحتويات التي يتم التطرق إليها. وعلى الرغم من أنه يتم باستمرار تغيير الاستعرافات، التي يعتبرها المريض مهمة على ما يبدو، لأنه يتحدث حول ذلك، فإنه لا يحدث من الناحية العلاجية أي شيء مهم في مثل هذه المواقف، عدا عن منظور رعاية العلاقة. أما عندما يتم من خلال الاستعرافات تنشيط أهداف تصويرة، فإننا نستطيع عندئذ أن نتحدث عن تنشيط التصويرة. ويعني التنشيط أن تأخذ التصويرة المعنية تأثيراً على النشاط النفسي الجاري. إن التقييمات المتضمنة في الاستعرافات للإطار الواقعي أو المثار من خلال الموضوع للفرد - المحيط على شكل تصويرات معينة، هي المهمة علاجياً. ويتعلق الأمر هنا بما أطلق عليه لازاروس (Lazarus, 1991a,1992b) تسمية "التقييم الاستعرافي cognitive appraisal"، أي التقييم المستمر للإطار الراهن للمحيط استناداً إلى التصويرة

المنَشطة. وهذه الاستعرافات المقَيمة لإطار المحيط المتجدد ليست بحد ذاتها مسألة "استعرافية" خالصة وإنما ترتبط دائماً بالانفعالات. وتنجم الانفعالات عن أهمية الحدث (وحتى الحدث المثار من خلال الموضوع المطروح) بالنظر إلى الهدف المنَشط للمريض. وما يمتلك أهمية علاجية هنا هو أهمية الحدث السيروري الراهن و ما يتم معالجته بصورة موضوعانية thematic استناداً إلى تصويرات المريض المهمة بالنسبة للمشكلة. فالكواشف الموثوقة لكون تصويرات مهمة هي المنَشطة أم لا هي الانفعالات الملحوظة لدى المريض و مشاركته الانفعالية وليس ما يقوله. إن "التقييمات الاستعرافية" التي يقوم بها المريض غالباً ما لا تكون مدركة بوضوح من قبله، إذ أن هذا سيعني في الوقت نفسه وجود إدراك للتصويرة المعنية. إذاً فليس بالضرورة أن يكون ما يقوله المريض متطابقاً مع تقييماته الاستعرافية الفعلية وفق لازاروس. ومن هنا فالتوضيح أو التفسير Explicitation يعني كما يقول زاكسه(Sachse,1992a) ، أن يتمكن المريض بمساعدة عروض المعالجة المعمقَة من قبل المعالج من الاقتراب أكثر من المقال إلى المقصود بهدف تحقيق "تمثيلات متناغمة للتصويرات الانفعالية أو محددات دافعية في المنظومة الدافعية في النهاية .(Sachse, 1992,a,P.209)فالأمر يتعلق بإيضاح المعاني فيما يتعلق بدوافع وقيم وأهداف المريض ولابد لهذه العملية أن تترافق مع الانفعالات تحديداً. ويتجلى هذا بشكل جيد في أداة القياس الشائعة المستخدمة في أبحاث العلاج النفسي من أجل قياس عمق المعالجة treatment أو مستوى التوضيح الذي يتم تحقيقه في المعالجات النفسية التوضيحية، مثل "سلم أساليب المعالجة " treatment لزاكسة (1992 a,P.220-225)أو السلم الأقدم منه لغيندلاين (Gendlin, 1961: Gendlein & Tomlinson, 1969) المسمى "سلم الخبرة ". Experiencing ففي كلا السلمين تكون المشاركة الانفعالية القابلة للملاحظة للمريض للشيء الذي يقوله مقياساً لتحقيق درجات عالية على السلم. كما وأن الحقيقة المبرهنة إمبيريقياً بصورة جيدة، والمتمثلة في أن المعالجات النفسية الناجحة تتميز بالمشاركة الانفعالية من قبل المتعالج بصورة أشد مما هو الأمر عليه في المعالجات النفسية الأقل نجاحاً (Orlinsky, Grawe & Parks, in Press)، تبرهن أن المعالجة الفاعلة عادة ما تترافق، على الأقل بين الحين ولآخر، بانفعالات شديدة. إذاً "فالتقييم الاستعرافي cognitive appraisal"يعني دائماً تقييماً انفعاليا-استعرافياً أو وجدانياً استعرافياً. وعندما تتغير التقييمات الاستعرافية تتغير كذلك انفعالات المريض وبالعكس. فالأمر يتعلق بإطار آخر "مستشعر" للمحيط، ينبغي للمتعالج تحقيقه في عملية التوضيح. وعندما يتم في العلاج من خلال التوضيح وفق زاكسة التمكن من أن يحظى المتعالج بوعي صائب لتصويرة معينة وللمجريات المحتومة بها عندئذ تعطي هذه المريض إمكانات الضبط الواعي لأهدافه بناء على تعريف صائب للمشكلة. وفي الواقع فإن ما يحدث من منظور التصويرة أكثر من ذلك بالفعل. فعملية

التوضيح وفق زاكسه تشكل عملية " التجريد العاكس reflected Abstraction "في تصور بياجيه حول تطور التصويرات. إذ أنه لا يتم تحقيق وعي للتصويرة المنَظمة فحسب وإنما تتغير كذلك التصويرة السابقة المنَظمة نفسها من خلال هذه العملية. إذ يتم ضبطها في سياقات أخرى وفق مستوى الوعي الجديد وبالتالي تنشأ من خلال ذلك "تنظيمات جديدة". فلا الأهداف ولا التقييمات المعرفية أو الانفعالات تبقى هي نفسها القديمة مع مجرد تغليفها الآن بنوعية الوعي، وإنما يمكن لكل مركبات التصويرة السابقة أن تتغير بصورة دراماتية إلى حد ما، عندما ترتبط في سياق جديد للمعنى. فالمواقف التي كانت تنشط في السابق تصويرات انفعالية سلبية يمكنها منذ الآن، وضمن ظروف معينة أن تفقد طبيعتها المهددة لأن إدراكات الفرد في هذه المواقف تقوم استناداً إلى أهداف أخرى ويتم تمثلها استناداً إلى هذه الأهداف.

وعليه فبين إجراء قائم على التغلب و آخر قائم على الإيضاح لا يحدث على مستوى مجرد من الإجراء الملموس أي شيء مختلف على الإطلاق. ففي كلا الإجراءين يكون الأمر الحاسم بالنسبة للنجاح الجيد للعلاج هو التعديل الحاصل في التقييمات الانفعالية الاستعرافية للمريض في مجالات مهمة من المشكلة. وقد قمنا بإيضاح ذلك من خلال مثال حول المواجهة بالمثير و من خلال عملية إيضاح وفق زاكسه. فإذا ما تم في عملية إيضاح أو في علاج قائم على التغلب على المشكلة التمكن من تعديل التقييمات الاستعرافية للمريض، عندئذ يعني ذلك من المنظور النظري للتصويرة بأن التصويرات الكامنة خلف التقييمات الاستعرافية قد تغيرت و تشكلت تصويرات جديدة. ومن المؤكد أن هذا يحدث في كلتا الحالتين بطريقة مختلفة جداً، ولكن في كلتا الحالتين يمكن أن تحصل تأثيرات واسعة. ونستطيع أن نرى في المعالجة النفسية بالمحادثة (المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج) والتي هي بلا منازع عبارة عن علاج توضيحي، بأنه حتى العلاجات القائمة على التوضيح يمكن أن تقود إلى تعديلات إيجابية واسعة، ذلك أننا قد وجدنا بأن المعالجة النفسية بالمحادثة تمتلك مجال تأثير واسع جدا.

ويبدو أن المعالجات المسماة بالمعالجات الاستعرافية تحتل موقعاً وسطاً بين الإجراءات القائمة على التوضيح والإجراءات القائمة على التغلب، وربما يكون هذا أحد الأسباب لتأثيرها الجيد. ويحاول في المعالجات الاستعرافية القيام بتعديل الاستعرافات المهمة بالنسبة للمشكلة بصورة مباشرة. وحسب الأفكار السابقة حول موقع الاستعرافات في الحدث النفسي فإن هذا، إذا ما نجح الأمر، لن يظل دون تأثيرات واسعة على التصويرات المسببة لهذه الاستعرافات. ويمكن اعتبار إبراز الاستعرافات المشكلة هنا بأنه أقرب للأسلوب القائم على التوضيح، أما التمرن على ممارسة الاستعرافات البديلة واستخدامها في المواقف المشكلة فإنه إجراء قائم على التغلب بوضوح. ومن هنا فإن المعالجات الاستعرافية تشكل

حالة خاصة مهمة من خلال ربطها بين كلا الإجراءين بطريقة منهجية واللذين يستخدمان عادة بشكل منفصل عن بعضهما.

فهناك إذاً طرق مختلفة من الناحية النظرية للتصويرة لإحداث التغييرات العلاجية وليس هناك ما يؤيد تفضيل إحداها مسبقاً على الأخرى أو استبعادها. فكلا الطريقين يؤثران بطريقتين مختلفتين ويقودان إلى تأثيرات علاجية مختلفة نوعياً. وتؤيد ذلك الآراء النظرية و النتائج المذكورة في الفصل السابق في مقطع خصوصية التأثير. أما أي نوع من التأثيرات وأي نوع من الإجراءات و مع أي نوع من المرضى هو المفضل فذلك ينبغي أن يترك حسب الضروب المهمة للمريض المعني. فالأمر يتعلق في النهاية بمسألة إمبيريقية. فالنتائج الإمبيريقية تظهر اليوم بوضوح أنه من غير المبرر استثناء أحد هذين الطريقين أو طرق أخرى مسبقاً من الاعتبارات النظرية حول مريض ما. فالناس عموماً، وكذلك المرضى منهم، لا يمكن اختصارهم إما إلى المظهر الدافعي أو إلى مظهر الكفاءة. ولكن هذا ما يقوم به المعالجون الذين يحددون أنفسهم على واحد من الإجراءين (التغلبي أو التوضيحي). وهذه الإيديولوجيات العلاجية التابعة التي يستندون إليها هنا تتضمن تصورات حول الإنسان تختصر الناس إلى بعد جوهري وحيد. وهذه الصور يصعب صمودها لا وفق المستوى العلمي للأسس في علم النفس ولا وفق مستوى النتائج في أبحاث العلاج النفسي. و الكثير من المعالجين النفسيين الذين يبحثون في الانتقائية التقنية technical eclecticismمخرجاً من هذا المأزق محقون. غير أن مخرجهم يمكن أن يكون حلاً مؤقتاً فقط بالنسبة لعلاج نفسي يعتبر نفسه علمياً. فالعلاج النفسي الذي يستند إلى المستوى الراهن للمعرفة العلمية غير متعلق بإيديولوجيات مدرسية عفا عنها الزمن. فالعلاج النفسي ذو الاتجاه الإمبيريقي قد خطا منذ زمن بعيد خطوات نظرية - مفاهيمية واسعة كفاية من أجل أن يقدم لعلم نفس عام غير متجه مدرسياً أساساً نظرياً موثوقاً. والوقائع التي تم تحقيقها في دراسات العلاج النفسي المتجهة إمبيريقياً لايمكن حشرها في سرير المدارس العلاجية البروكروستيزي . إنها تحتاج إلى إطار تفسير آخر .

ولا ندعي من خلال التصور النظري للتصويرة الذي فصلناه فيما سبق باختراع بيضة كولومبوس. فمن المؤكد أنه يمكن أيضاً من مستوى النتائج في علم النفس وأبحاث العلاج النفسي اشتقاق تصورات أخرى، بل وقد تكون هذه التصورات أكثر إقناعاً. غير أن هيئتها لن تكون مختلفة كيفما اتفق، إذ أنه هناك مجموعة من طلائع هذه التصورات التي لا يمكن تجاهلها. ومن المؤكد أنه ليس من قبيل الصدفة أن تتقاطع تصورات نظرية جديدة من مجال العلاج النفسي من وقتنا الراهن مع التصور المعروض هنا في كثير من النقاط (in Press (Wachtel,1977,1980; Goldfried & Neuman, 1986; M. Horowitz.حتى الآن كان اهتمامنا منصباً على أن نظهر بصورة ملموسة أنه من الممكن جداً

إقامة ارتباط بين المناظير المنفصلة حتى الآن في مجال العلاج النفسي على أساس نظري موحد جديد كلية. فمن المنظور النظري للتصويرة يعتبر المنظور التغلبي والمنظور التوضيحي منظورين اثنين مكملين لبعضهما بشكل ضروري، ذلك أن الإرادة والمقدرة و مظهر الدافع والقدرة لا يمكن فصلهما في بناء- التصويرة، إنهما منصهران مع بعضهما في وحدة وتشكلان منظورين مختلفين على الحدث النفسي فحسب. وقد رأينا أنه من الضروري ألا ندعي فقط، بل وأن نظهر كيف أن التأسيس النظري لعلاج نفسي عام ممكن لأننا نعرف أن الكثير من المعالجين النفسيين يعتبرون أن هذا غير ممكن أو غير ممكن بعد ولهذا يرون أن المدارس العلاجية الراهنة لايمكن التخلي عنها. وفي الواقع فإننا نرى أن المهارات Know-how المطورة في ضمن هذه المدارس لتحقيق أسلوب قائم على التغلب و على التوضيح أمر لا غنى عنه. وهذا هو الجوف الذي سوف يغرف منه العلاج النفسي العام أولاً. غير أنه سوف يمتلك ذخيرة أوسع بكثير من كل شكل من أشكال العلاج الراهنة لوحدها لأنه سيتمكن من أن يغرف من الجوف كله .

ولكن الكثير مما تقدمه مدارس العلاج منفردة ليس قابلاً لأن يتم التخلي عنه فحسب وإنما معيقاً أيضاً للتطور العلمي في مجال العلاج النفسي وتنصيب أو إقامة عيادات إمداد محترفة ومؤسسة علمياً تستغل الفائدة الاجتماعية الممكنة للعلاج النفسي بشكل كامل (راجع حول ذلك المدخل في بداية الفصل الثاني). ولقد ناقشنا هذه المعوقات في أماكن كثيرة من هذا الكتاب وبالتالي فلن نتعرض لها هنا ثانية .

وإلى جانب كلا المنظورين اللذين ناقشناهما، أي منظور التغلب على المشكلات والمنظور التوضيحي، هناك منظور ثالث لايمكن التخلي عنه على أية حال ينتمي إلى صلب العلاج النفسي العام: والمقصود هنا منظور العلاقة. إن ضرورة النظر في كل الأحوال إلى مشكلات المريض والحدث في العلاج من منظور العلاقة، نابعة، كما هو الأمر في المنظورين الآخرين،من مستوى الأبحاث الإمبيريقية و من الاعتبارات النظرية سواء.

فعندما يجمع المرء كل تلك الارتباطات المدروسة بين بعض المظاهر للحدث النفسي ونتيجة العلاج، فإن مظاهر الحدث العلائقي في العلاج النفسي هي تلك السمات من عملية العلاج المؤكد تأثيرها على نتيجة العلاج بشكل أمثل. ويمكننا أن نقدم دليلاً على هذه المقولة من التحليل البعدي Meta-analyses الشامل الذي قام به أورلينزكي وغراوه و باركس (تحت الطبع Orlinsky, Grawe &) Parksللارتباطات المدروسة إمبيريقياً بين العملية والنتيجة. وفي هذا التحليل تم بالتفصيل عرض مظاهر الحدث العلائقي التي برهنت أهميتها بالنسبة لنتيجة العلاج. وهذه النتائج كافية لوحدها من أجل الاهتمام الشديد في تأهيل المعالجين النفسيين والممارسة العملية بمسألة كيف يستطيع المعالج النفسي أن يسهم في علاقة علاجية طيبة قدر الإمكان. كما وأن أهمية منظور العلاقة بالنسبة للعلاج النفسي هي أكبر من ذلك بكثير. وهذه الأهمية تقوم على ثلاثة حجج، سنناقشها

استناداً إلى غراوه - غيربر: (Grawe-Gerber, 1992)

الأولى هي أنه يمكن فهم الاضطرابات النفسية في جزء جوهري منها على أنها اضطرابات علاقة، أو أنها تنشأ عن اضطرابات العلاقة البين إنسانية ومن هنا فإنه ينبغي أيضاً اعتبار العلاج النفسي على أنه في جزء كبير منه علاج لاضطرابات العلاقة. وتعود هذه الرؤية بالأصل إلى سوليفان (Sullivan, 1953a and b, 1954)، الذي أثر تأثيراً عميقاً على مجال العلاج النفسي. فاستثارات سوليفان قادت إلى كثير من التصورات البين شخصية الجلية explicit interpersonal Conceptions ليس في التحليل النفسي فقط. فتصورات كتصورات باير (Beier, 1966)و شارتسانوسكي (Charzanowsky, 1977, 1982)و فاشتيل (Wachtel, 1977, 1982) وكذلك تصور "العلاج السلوكي" لغراوه و تجيفاص (Grawe & Dziewas, 1978) متأثرة بأفكار سوليفان عبر باير بشدة، وكذلك فإن العلاج النفسي البين شخصي وفق كليرمان وآخرين (Klerman et al. 1984) يمتلك جذوره في تصور الطب النفسي والعلاج النفسي البين شخصي لسوليفان.

ويتزعم خط آخر عبر تعاون باتيسون (Reusch & Bateson, 1951; Bateson et. al. 1956)مع جاكسون وهيللي و فيكلاند (Jackson,1968) الرؤية النظرية التواصلية و المنظومية للاضطرابات النفسية (Haley, 1963; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967; Watzlawick, Weackland & Fisch, 1974)التي تشتق منها مبادئ علاجية على نحو مبادئ هيلي ومينوخين وسيلفيني- بالاتسولي. وقد اتضح الأساس البين شخصي المشترك لهذه المبادئ في كتاب "العلاج النفسي البين شخصي Handbook of Interpersonal Psychotherapy"لآنشين وكيسلر بصورة واضحة. ففي "البيان البين شخصي " Interpersonal Manifest لكيسلر الذي يتضمنه الكتاب تم بشكل شامل ومنهجي عرض الفرضيات الأساسية التي يستند إليها استخدام الرؤى البين شخصية في العلاج النفسي. وهذا البيان مفيد جداً إذ يتضح من خلاله أنه يندر أن يوجد بالنسبة لكثير من الفرضيات الأساسية أي بحث إمبيريقي. وقد عانى المبدأ البين شخصي في العلاج النفسي جداً من أن كثيراً من ممثليه قد كانوا راضين عن القبول الظاهري Plausibility للفرضيات. وفي الواقع فإن البحث المنهجي لبعض هذه الفرضيات لم يبدأ إلاّ في ثمانينيات هذا القرن. ويحتمل أن يكمن أحد الأسباب الرئيسية لهذا في أنه كان لابد من تطوير طرائق بحث مناسبة من أجل دراسة هذه الفرضيات الأساسية. وفي هذه الأثناء توجد مثل هذه الطرائق ودراسة المسائل البين شخصية تعتبر في الوقت الراهن من أنشط مجالات البحث في العلاج النفسي.

ومن هذه المجالات مثلاً دراسة السلوك التفاعلي اللالفظي لمجموعات من مرضى يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة (Frey et al.,1981; Krause,

1981; Steimer, et al.,1988; Saenger et al., 1988;Saenger-Alt et al.,1989; Steimer-Krause, Krause Wagner, 1990)

وذلك من خلال مسألة فيما إذا كانت توجد مظاهر Indicators أو أنماط لالفظية محددة بالنسبة لاضطرابات معينة. وفي هذه الأثناء يتم استخدام طرائق البحث نفسها من أجل تحليل الدقيق Micro-analysis لاتصال العيون والإيماءات وحركات الجسد في تحليل السلوك اللالفظي في تفاعل المعالج والمتعالج (Bänninger-Huber & Steiner,1986; Krause & Lütolf, 1989; BänningerjHuber, 1992)

وتفتح هذه الطرائق مدخلاً جديداً كلية لتحليل تنظيم التفاعل في العلاج النفسي ويمكنها أن تسهم يوماً ما بشكل كبير في الفهم الأفضل لمجريات العلاقة الملائمة وغير الملائمة علاجياً.

وهناك اتجاه بحث آخر نشط جداً يتمثل في دراسة المسائل النفسية العلاجية البين شخصية بطرائق تستند إلى "نموذج الدائرة البين شخصي (Lary, 1957). وضمن ذلك تقع بشكل خاص "قائمة أثر الرسالة Impact Message Inventory " التي تختصر إلى (IMI) لكيسلر و "قائمة المشكلات البين شخصية Inventory of interpersonal Problems" (IIP) لهوروفيتس و "التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي Structural analysis of social Behavior " (SASB) لبينيامين. ويتم استخدام أدوات القياس الثلاثة تلك في هذا الوقت بشكل موسع لتحديد تأثيرات العلاج ولتحليل العملية وتشكل مع الطرق الأخرى الطرق الأهم التي يتم من خلالها في الوقت الراهن تحقيق منظور العلاقة في أبحاث العلاج النفسي. وتشكل الأعمال مع "التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي الموجودة في صيغة استخبار (Benjamin, 1977) و طريقة التشفير الخاصة بنا المفصلة لتحليل المعالجات النفسية (Grawe-Gerber & Benjamin, 1992) أكثر الأعمال تقدماً. ومؤخراً قدمت بينيامين (تحت النشر) عملاً ضخماً وصفت فيه من منظور بين شخصي كل اضطراب من اضطرابات الشخصية من المحور الثاني من أل دي أس أم الطبعة الثالثة المعدلة DSM-III-R من خلال فئات التحليل البنيوي للسلوك الاجتماعي. ويعتبر هذا التشكيل البين شخصي المنهجي لكل اضطراب من اضطرابات الشخصية منذ أن وضع سوليفان تصوره النظري الأصلي الخطوة الأكبر في طريق الفهم البين شخصي للاضطرابات النفسية. وقد قامت بينيامين في الوقت نفسه تقريباً بصياغة الاستنتاجات العلاجية النفسية من المنظور البين شخصي هذا.(Benjamin , 1992)

وعلى الرغم من أن عمر مطلب النظر للاضطرابات النفسية وللحدث العلاجي النفسي من منظور العلاقة 40 سنة غير أن التعمق المنهجي في منظور العلاقة هذا مع التصورات والطرائق المطورة لهذا الغرض لم تبدأ في الواقع

إلا الآن. ويبدو تقريباً وكأن هذا المنظور قد كان بالنسبة للمعالجين النفسيين أكثر بديهية تحت مصطلحات "العلاقة العلاجية" و "النقل والنقل المعاكس" من أن يسألوا عن ذلك. وعلى أية حال فقد ظل التباعد بين قناعات غالبية المعالجين النفسيين في العلاج النفسي قائماً لزمن طويل ، حول مدى أهمية مظهر العلاقة البين إنسانية بالنسبة للعلاج النفسي و بين المساعي الملموسة لمنهجة وتمييز و دراسة هذه القناعات واستخلاص نتائج عملية من ذلك من أجل التأهيل والممارسة. ومن هنا يمكن للمرء الانطلاق من أن جميع المعالجين النفسيين تقريباً من هذه الناحية مؤهلون في هذا المجال بشكل أسوأ بكثير مما هو لازم ومن الممكن أن يزداد هذا أيضاً. فكثير من المعارف في هذا المجال لا توجد منذ وقت طويل وبالتالي فهي لا تشكل جزءاً من غالبية التأهيلات العلاجية. غير أن الأمر يتعلق بمعرفة ذات أهمية عالية من الناحية العلاجية وتزداد المعارف بسرعة كبيرة في هذا المجال بسبب النشاطات البحثية الجديدة والمكثفة. ومن هنا فإنه من الضروري جداً إدخال هذه المعارف بصورة مستمرة في التأهيلات العلاجية كي يتمكن المعالجون من تناول منظور العلاقة وفق مستوى المعرفة المعني المحقق في هذه الأثناء بدلاً من الأنماط البدئية Stereotypes التي عفا عليها الزمن .

الثاني و يتمثل السبب الثاني لأهمية منظور العلاقة بالنسبة للعلاج النفسي في أن الحدث البين إنساني في العلاج يمثل أحد أهم الوسائل من أجل إحداث التعديلات العلاجية. و يقوم البيان البين شخصي لكيسلر بشكل أساسي على هذه الوظيفة العلاجية "لعمل العلاقة" في العلاج. وتشير حقيقة أن كيسلر لم يقدم هنا براهين إمبيريقية إلى أن هذا المظهر من التفاعل العلاجي لم يكن عملياً حتى وقت قصير قد تمت دراسته إمبيريقياً (راجع حول هذا لوبورسكي وآخرين 1985). ويمكن بسهولة إيجاد سبب ذلك. فحتى وقت قريب لم تتوفر أية أدوات قياس ملائمة. ولكن في السنوات الأخيرة تغيرت بعض الأشياء في هذا المجال. ومن هذه الزاوية فإن أعمال مجموعة البحث التابعة لسيلبيرشاتس وسامبسون وفايس في مشفى ماونت زيون Mount Zion Hospital في سان فرانسيسكو مهمة جداً من الناحية الطرائقية و المفاهيمية .(Silberschatz et al., 1991) وتدرس هذه المجموعة من خلال طريقة تم تطويرها من قبلها لهذا الغرض تسمى "طريقة تشخيص المخطط " Plan diagnosis method كيفية استجابة المعالج "على اختبار علاقة " المتعالج، التي يختبر من خلالها المتعالج فيما إذا كان قد عانى مع المعالج من خبرات العلاقة المخيبة مثلما عاناها في علاقاته السابقة المهمة. وقد وجدت هذه المجموعة على مستوى معالجات منفردة (معالجات تحليلية نفسية مختصرة) بأن تقدم المريض في العلاج يرتبط بمدى جودة "نجاح" المعالج بالاختبار. غير أن تلك مجرد دلائل من معالجات منفردة و تتطلب التكرار Replication على عدد أكبر من الحالات. كما ولا يجوز تعميم

النتائج إلى مدى أبعد من إطارها الخاص جداً. إذ تتفق بشكل عام النتائج الإمبيريقية حول الأهمية الوظيفية لتفسيرات النقل بالنسبة لنتيجة جيدة في العلاج بشكل أقرب إلى عكس القيمة التي تحتلها هذه الوسيلة العلاجية في تفكير كثير من المعالجين النفسيين. بل أن تفسيرات النقل غالباً ما تتعلق في الدراسات المطابقة التي أجريت بصورة متزايدة في السنوات الأخيرة بشكل سلبي مع نجاح العلاج. فقد حلل بيبر وآخرون (Piper et al., 1991) 22500 تدخلاً علاجياً من 64 معالجة تحليلية مختصرة ووجدوا هنا أن تكرار تفسيرات النقل يرتبط سلباً مع نوعية العلاقة العلاجية و نتائج العلاج. كما ووجد هينري (Henry, in Press) من خلال طريقة بحث مختلفة كلية نتائج مشابهة. فالمعالجون الذين تم تدريبهم على الاستخدام المتكرر لدلالات النقل تم تقديرهم من خلال محكمين مستقلين بأنهم أكثر عدوانية وأقل دعماً وتفاؤلاً وأكثر تسلطاً ودفاعية وأقل تأييداً تجاه المرضى مما كان عليه الأمر قبل التدريب. أما المرضى أنفسهم فقد شعروا بأن المعالجين أقل صبراً معهم. وبشكل عام فقد كان هناك ترابط سلبي بين تكرار تفسيرات النقل ونجاح العلاج. وتبدو تفسيرات المعالجين الذين يستندون في تفاعلهم العلاجي على هنا والآنHere and Now إمبيريقياً بأنها لا تسهم بنتيجة جيدة للعلاج بالمقدار الذي يعتقده كثير من المعالجين النفسيين بشكل عام (Orlinsky, Grawe & Parks, in Press)ومن الممكن أن تكون الترابطات السلبية بين تفسيرات النقل ونجاح العلاج ناجمة إلى حد ما عن أن المعالجين النفسيين عندئذ يغلب أن يتطرقوا إلى العلاقة العلاجية عندما تتجلى صعوبات، ومثل هذه الصعوبات تحصل بشكل غالب في العلاج ولا تحقق لاحقاً نجاحاً طيباً. وهذا يؤيد أن تفسيرات النقل لا تشكل طريقة مناسبة من أجل تحسين العلاقة العلاجية. وعلى ما يبدو لابد من استخدام وسائل أخرى من أجل ذلك. ويقدم ستروب (تحت الطبع) تحليلاً نقدياً للتباعد بين الوظيفة المفترضة نظرياً والوظيفة المثبتة إمبيريقياً لتفسيرات النقل بالنسبة لنتيجة العلاج.

ولكن مع الاقتصار على حدث النقل في العلاج الفردي يستولي منظور ضيق جداً على مسألة فيما إذا كان بالإمكان استغلال التفاعلات البين إنسانية في إطار العلاج بشكل مباشر لإحداث التعديلات العلاجية و الكيفية التي يتم بها ذلك. وفي الواقع فقد تم بحث هذه المسألة بالنسبة لأطر علاجية أخرى غير الأطر العلاجية الفردية بشكل أفضل بكثير ويمكن الإجابة عنها بشكل إيجابي بكل وضوح. فبالنسبة للعلاج في المجموعة والعلاج الزوجي والأسري تم البرهان بأكثر من شكل بأنها تسبب تعديلات شديدة في المجال البين إنساني. ومن الناحية النظرية للتصويرة فإن هذا ممكن جداً. فهذه الأطر هي أفضل ملاءمة من العلاج الفردي بكثير من أجل تنشيط تصويرات العلاقة المتعلقة بالمشكلة للمريض و التصويرات الأخرى المشاركة. والتنشيط للتصويرات يعني كما ذكرنا سابقاً، الشرط كي تتغير. ويعني التعبير عن إشكالية مريض ما من منظور العلاقة بالدرجة الأولى طرح السؤال فيما إذا كان هناك تصويرات علاقة مشكلة أو

مجريات علاقة مشكلة مع أشخاص الإطار المرجعي المهمين وكيف يمكن تنشيط هذه التصويرات أو تجديدها لأهداف علاجية. وهذا غالباً ما يكون ممكناً من خلال ضم أشخاص الإطار المرجعي المهمين كلهم أو بعضهم إلى العلاج. وهناك إمكانية أخرى للتنشيط العلاجي لتصويرات العلاقة المشكلة من خلال المعالجة ضمن المجموعة. وعلى أية حال تكون إمكانية تنشيط تصويرات العلاقة في الأطر الفردية محدودة أكثر بكثير وأقل فاعلية مما هو عليه الأمر ضمن إطار بين إنساني موسع. ويعني تناول منظور العلاقة بالنسبة لمعالج ما استغلال الطيف الكلي للإمكانات العلاجية من أجل تنشيط تصويرات العلاقة عند تصميم الإطار العلاجي وهذا غالباً جداً ما يناقض الإطار العلاجي الفردي الخالص.

غير أن أهمية منظور العلاقة لا تقتصر طبعاً على اختيار إطار بين إنساني ملائم وإنما تظل قائمة خلال مدة العلاج ككل. و لا بد دائماً من تقرير الكيفية التي يمكن فيها تنشيط تصويرات محددة للعلاقة في كل طور من أطوار العلاج و التي يتم فيها حثها من خلال التدخلات المناسبة نحو النمو، ودائماً تُطرح في هذا السياق مسألة كفاءة المعالج في اتخاذ مثل هذا القرار وتطبيقه. ومن هنا تعتبر تهيئة المعالجين من أجل التحقيق العلاجي الكفء لمنظور العلاقة جزءاً مهماً من التأهيل العلاجي. ولا يتعلق الأمر باكتساب المعرفة اللازمة وإنما كذلك بتأهيل مهارات الإدراك بالنسبة لمجريات العلاقة و بتدريب مهارات التصميم العلائقي المرن والواعي ضمن أطر بين إنسانية مختلفة. وإنه لمن الوهم الافتراض أن هذه المهارة يمكن للإنسان أن يكتسبها بينما هو مستلق على الأريكة.

والسبب الثالث لضرورة منظور العلاقة يكمن في حقيقة أن العلاج النفسي يدور دائماً في علاقات بين إنسانية ومن المثبت أن نوعية هذه العلاقات تمتلك تأثيراً كبيراً على نتيجة العلاج. ومن هنا فقد عزا كل من أورلينسكي و هوارد (Orlinsky & Howard, 1986)على أساس من تحليل بعدي سابق في نموذجهم العام للعلاج النفسي Generic Model of Psychotherapy للعلاقة العلاجية ("therapeutic bond")دوراً وظيفياً مركزياً في الحدث العلاجي. فالعلاقة العلاجية الجيدة لا تؤثر بشكل مباشر في مشاعر القيمة الذاتية للمريض وترفع من استعداده لمواجهة صعوباته فحسب وإنما تفتح المريض من أجل التأثيرات العلاجية وتجعله مستعداً لاستقبال التدخلات العلاجية، التي لن تحقق الكثير دون هذا الاستعداد للتلقي. وقد تم إثبات أهمية نوعية العلاقة العلاجية بالنسبة لنتيجة العلاج في حولي ألف علاقة دالة بين السمات المختلفة لنوعية العلاقة العلاجية ونجاح العلاج (Orlinsky, Grawe & Parks, in Press) لقد تم تقسيم تنوع السمات المدروسة في هذا التحليل البعدي إلى أربع فئات واسعة في البداية. وهذه الفئات هي "دور التوظيف "role-investment و "الصدى (أو التجاوب) التعاطفي

" empathic resonance "و" التوكيد المتبادل " mutual affirmation و "النوعية العامة ." global quality وقد ألحقت بفئة دور التوظيف مثلاً متغيرات عدة كالتزام المتعالج و الالتزام المتبادل، والثقة مقابل عدم الثقة بالمعالج، أصالة المعالج ودوافع المتعالج. وعند تحليل النتائج ظهر بشكل عام أن الأمر مرهون بالكيفية التي يدرك فيها المتعالج المعالج و العلاقة العلاجية و بمدى المساهمة التي يقدمها من أجل علاقة جيدة. وعلى الرغم من أهمية سمات سلوك المعالجين إلا أنها أقل أهمية من الإدراك والمساهمة ويمكن للمرء أن يميل إلى استخلاص نتيجة مفادها أنه ليس للمعالج علاقة كبيرة فيما يتعلق بنشوء علاقة علاجية جيدة، غير أن هذا ضلال كبير. فالأمر من الناحية النظرية للتصويرة يبدو على النحو التالي: إن تصويرات المريض المنَشطة تحدد بدرجة كبيرة ضمن أية فئة يدرك الحدث العلاجي وكيف يقيم هذا الحدث. ويتعلق إدراك العلاقة العلاجية من خلال المريض و إسهامه في العلاقة العلاجية التي تم استنتاج أهميتها بالنسبة للنتيجة العلاجية الجيدة، بماهية تصويرات العلاقة المنشطة وبالطريقة التي تم فيها تنشيطها من قبل المعالج وعليه يمكن للمعالج أن يؤثر بشكل حاسم على المريض من خلال تصميم هادف متمركز على المريض لسلوكه العلائقي.

ومن هنا فعندما يتساءل المعالج ما هي التصويرات التي سيقوم بتنشيطها عند المتعالج فعليه ألا يفكر وفق منظور التعديل الذي تم بناؤه قبل ذلك فحسب وإنما أيضاً بالدرجة الأولى من خلال طرح مسألة ما هي الإدراكات التي تحتل موقعاً عالياً في الموقف العلاجي بالنسبة للتصويرات الموجودة عند المريض ولتصويراته الإيجابية الأهم حول ذاته. وعندما يتمكن المريض في العلاقة العلاجية من الإدراك وفق هذه التصويرات سوف يثبت ذاته الإيجابية ويرفع من شأنها و يشعر في الموقف العلاجي بأنه مقبول في أهم حاجاته البين إنسانية. وسوف تترافق هذه الحاجات مع مشاعر أقرب لأن تكون مصبوغة بالصبغة الإيجابية. ومن أجل أن يتمكن المعالج بهذه الطريقة من أقلمة سلوكه العلائقي الخاص بشكل هادف مع الأهداف الإيجابية للعلاقة لدى المريض، لا بد للمعالج من أن يكون بسرعة كبيرة صورة عن أهم التصويرات العلاجية عند المريض، إذ أنه منذ اللقاء الأول يمكن للعلاقة أن تأخذ بداية جيدة أو أقل جودة. ومن هنا ففي تأهيلنا العلاجي الخاص القائم على الأساس النظري للتصويرة يتعلم المعالجون أول ما يتعلمون الاستنتاج السريع لأهم التصويرات العلائقية عند المريض ويتم تدريبهم منهجياً على التصرف بصورة تكاملية نحو أهم الأهداف الإيجابية المستنتجة عند المريض. ويكمن هدف مثل هذا التصميم التكاملي للعلاقة في أن يتمكن المريض في علاقته مع المعالج من أن يدرك بشكل غالب قدر الإمكان وفق أهداف العلاقة المستنتجة هذه وأن يستطيع الشعور بأنه مقبول في خصوصيته وأنه مدرك في قيمه الإيجابية. ويفترض بالاتفاق الكامل مع النموذج الشامل للعلاج النفسي Generic Model of Psychotherapy

لأورلينسكي وهوارد (1986) بأن المعالج يبدي للمريض بأنه يدركه في صميم أهدافه الإيجابية (يقيم المعالج علاقة مع أهم التصويرات المستنتجة وليس مع السلوك الظاهر)، حتى وإن بدا أن المريض ضمن ظروف معينة في حالته الحياتية الراهنة لا يتمكن من تحقيقها إلاّ بشكل مريب جداً فقط، يحاول المعالج أن يفهم المريض بأنه سوف يساعده لأن يقترب أكثر مما يرغب أن يكون بالفعل، أي أنه يفهم أهدافه الإيجابية كحليف له، وليس كشخص يطمح إلى تغيير المريض أو مكلف بتغييره. عندئذ من الممكن جداً أن يدرك المريض المساعدة في التغلب على صعوباته، والمساعدة في أن يفهم نفسه على أنها دعم في أن يصبح أكثر كما يرغب هو أن يكون حتى وإن كان هذا يتطلب تكييفاً accommodation مرتبطاً بمشاعر غير مرغوبة للتصويرات القائمة. ويمكننا صياغة هذا بطريقة أكثر تجريدية من الوجهة النظرية للتصويرة على النحو التالي: كل تعديل يتطلب تكييف التصويرات. ويرتبط مثل هذا التكييف بالضرورة مع انفعالات مزعجة، لأن التكييف يثار من خلال أن المريض لا يعود يدرك وفق الأهداف المثارة (أو التي تم استحضارها ثانية actualize). وكلما كان ضغط التكييف أعلى عاش المريض مشاعره غير المرغوبة أكثر. وفي هذا الموقف يمكن ممارسة تأثير إيجابي معاكس على المشاعر الناشئة من خلال أن يتمكن المريض من الإدراك وفق الأهداف الإيجابية المهمة. ووفق نظرية الانفعال للازاروس لا يتعلق التقييم الاستعرافي للإطار الراهن للفرد والمحيط وكذلك للانفعالات الناجمة بالتقييم الاستعرافي استناداً إلى الهدف المعني المهدد من خلال الموقف فحسب وإنما يتعلق في الوقت نفسه بإمكانات التغلب Coping المدركة من قبل المريض في هذا الموقف. وبدلاً من الخوف يمكن على سبيل المثال أن ينشأ الشعور بالتحدي والاستعداد للكفاح. وبدلاً من "إمكانات التغلب المدركة " يمكن للمرء أن يقول أيضاً: "التصويرات المنَشطة في الوقت ذاته" فالتقييم الاستعرافي الانفعالي الكلي لإطار الفرد - المحيط يتعلق إذاً بكلية التصويرة المعنية المنَشطة ولهذا السبب بالتحديد يعتبر الوزن الإيجابي المعاكس لعلاقة علاجية جيدة في المعالجات التي ينبغي فيها للمعالج إحداث ضغط تكييف شديد على التصويرات القائمة للمريض أو السماح له بالظهور. وكلما كانت العلاقة العلاجية أفضل، أي كلما تمكن المتعالج من الشعور بأنه متَقَبل أكثر وفق تصويراته المهمة، كان احتمال حدوث سيرورات تعديل مرهقة داخل هذه العلاقة أكبر.

على المعالج إذاً أن يفكر سواء بالنظر إلى تلك التصويرات التي ينبغي تنشيطها، لأنه لابد من تعديلها أو بالنظر إلى تلك التصويرات التي سيقيم معها علاقة وفق التصميم التكاملي للعلاقة. وأخيراً عليه أن يطرح فكرة ثالثة استناداً إلى التصويرات المنَشطة أو المنَشطة في العلاج، أي عليه أن يفكر من أي من تصويرات المريض القائمة أو المنَشطة في العلاج ينبغي أن تأتي الدوافع من أجل التعديل المرغوب : وفقط عندما تشكل التعديلات التي يجب أن تظهر من خلال العلاج إدراكات بالنسبة لتصويرة قائمة مسبقاً و منَشطة عند المريض وفق هذه التصويرة، يتوفر من المنظور النظري

للتصويرة الشرط الضروري لحدوث عملية التعديل العلاجية. وعندما لا يتوفر مثل هذا الشرط أو يكون غير قابل للإحداث فليس هناك من فائدة من القيام بمعالجة نفسية. كما وأن على المعالج النفسي أن يكون قادراً على استنتاج متى لا يستطيع العلاج النفسي الوصول إلى أي شيء.

قمنا في حديثنا السابق بوصف المنظورات الثلاثة وبرهنا على أهميتها التي لابد لكل معالج نفسي، يريد أن يكون قادراً على استغلال الإمكانات الكامنة في العلاج النفسي، من التمكن منها. وذلك هو منظور التغلب على المشكلة و منظور التوضيح ومنظور العلاقة. وينبغي للمعالج النفسي أن يكون قادراً على تقديم المساعدة الفاعلة للمرضى الذين يعانون من المشكلات المتنوعة من أجل التغلب عليها. وأن يكون قادراً على دعم أو تأييد عملية إيضاح دافعي من خلال التدخلات المساعدة، وعليه أن يكون قادراً على صنع إطار بين إنساني خاص مفصل على المريض المعني من أجل العلاج وخلقه باستمرار من خلال سلوكه العلائقي.

ويمكن اعتبار هذه المنظورات الثلاثة كأبعاد إلى حد ما، يقوم عليها المجال الذي يحدث فيه الحدث العلاجي. وكل ما يحدث في العلاج النفسي يمتلك معنى على كل واحد من هذه الأبعاد وبصورة لا بد منها. فكل شيء له معنى استناداً للأهداف الشعورية واللاشعورية للمريض (المظهر الدافعي)؛ فبالنسبة لكل ما يحدث تطرح مسألة المقدرة وعدم المقدرة (هل يستطيع المريض مثلاً أن يرى ارتباطات معينة، هل يمتلك بنية الوعي اللازمة من أجل ذلك؟ هل يمتلك الوسائل من أجل تحقيق هدف ما؟)؛ وكل ما يحدث في العلاج النفسي له معنى بين إنساني بشكل حتمي استناداً إلى أهداف وإمكانات المريض.

ويقوم مطلبنا نحو العلاج النفسي العام بشكل جوهري على حقيقة أن كل ما يحدث في العلاج النفسي له معنى على الأبعاد الثلاثة في كل الأحوال، أي حتماً. ومن أجل ذلك ليس مهماً ما الذي يفكر فيه المعالج أو ما التصور الذي يحمله، أو فيما إذا كان يلاحظ المنظور المعني بصورة بارزة أم لا. فالأمر يسير بما يشبه الجملة التي صاغها فاتسلافك وبيفين وياكسون (1967) بالنسبة لمواقف التواصل والقائلة "لا يستطيع المرء ألاّ يتواصل": لا يستطيع المرء ألا يتخذ موقعاً في هذا المجال الثلاثي. وليس في مقدور المعالج أن يقرر أي من هذه الأبعاد لا بد وأن يكون مهماً بالنسبة لمعالجاته. إنها مهمة في كل الأحوال بغض النظر عما يفعل. إن كل ما يفعله المعالج تجاه مريضه له معنى على الأبعاد الثلاثة معاً، سواء أراد ذلك أم لا. ونقصد أيضاً عبارة أن كل شيء له معنى بأن ذلك يؤثر على مجرى ونتيجة العلاج. وعندما لا يهتم المعالج بأحد هذه المنظورات فإنه يتخذ في الواقع موقعاً محدداً على هذا البعد وهذا يؤثر – على الأغلب بشكل سلبي في هذه الحالة – على نتيجة العلاج.

ومن هنا فإننا نتصور مبدئياً أنه لابد للمعالج النفسي بالنسبة لكل معالجة أن يتخذ موقعاً عاكساً على كل واحد من الأبعاد الثلاثة. إنه يختار لنفسه في المجال المركب

من الأبعاد الثلاثة نقطة لنطلاق - وهذا ما يمثل قرار الفاعلية- indication ، يتحرك انطلاقاً منها بصورة مشتركة مع المريض عبر هذا الإطار. ويمكن إلى حد ما وصف كل معالجة كمسار منحني داخل هذا المجال الثلاثي الأبعاد. وإنها لمهمة مثيرة بالنسبة لأبحاث العلاج النفسي المستقبلية في تعقب طريق المعالجات عبر هذا الإطار الثلاثي الأبعاد.

وطبعاً لا يجوز أن يتم تحميل هذه الصورة أكثر مما تستطيع تحمله. فالأمر لا يتعلق بمجال ذي أبعاد هندسية تمتلك نقطة الصفر، ويستطيع المرء في هذا المجال إعطاء إحداثيات كمية دقيقة بالنسبة لكل نقطة. فكل واحد من هذه الأبعاد يمثل بحد ذاته إلى حد ما محيطاً غنياً بخصائصه و قانونياته الظواهرية الخاصة جداً. والأمر المهم هو أن يتمكن المعالج النفسي من الحركة بمهارة في كل محيط من هذه المحيطات. ولكن من ناحية أخرى فإن صورة المجال الثلاثي الأبعاد مفيدة من أجل فهم أن كل حركة في واحد من هذه المحيطات تعني كذلك حركة أو لا حركة في المحيطين الآخرين. وعندما يتحرك المعالج عبر واحد من هذه المجالات ويضع كل تركيزه فيه، أي عندما يكون أعمى إلى حد ما عن المحيطين الآخرين، عندئذ ينشأ خطر حدوث عرقلة للمعالجة، لأنها تصطدم في واحد من المحيطين الآخرين بعائق. وإذا ما لم يستطع المعالج النفسي رؤية هذا العائق، لأنه أعمى بالنسبة لهذا المنظور، فسوف يبحث في "محيطه" عن أسباب هذه العرقلة دون أن يكون واعياً إلى أن عماه الخاص في الواقع هو السبب الفعلي للإعاقة. وعندئذ يرى سبب العرقلة داخل محيطه في المرضى. ونعتقد بأنه من الأفضل الحديث عن العمى من جانب المعالج بدلاً من الحديث عن المقاومة من قبل المريض الموصوفة في جزء كبير من مراجع العلاج النفسي.

لابد للتأهيل في العلاج النفسي الذي يقوم على المستوى الراهن للمعارف العلمية أن يشتمل في كل الأحوال على الأبعاد الثلاثة. وعلى المعالجين النفسيين المستقبليين أن يتعرفوا على المحيطات الثلاثة بشكل عميق ويكتسبوا مهارة التحرك بحذاقة في كل واحد منها، ودائما مع مراعاة التأثير الذي تمتلكه تحركاتهم في محيط ما من هذه المحيطات على موقعهم في المحيطين الآخرين.

ومثل هذا النوع من التأهيل في العلاج النفسي العام صعب ولكنه ليس مغامرة غير ممكنة. وليس المهم تأهيل المعالجين النفسيين في كل أشكال المعالجة المهمة القائمة اليوم من أجل جمع إمكاناتها الإيجابية إلى حد ما. ففي مثل هذا الجمع سيتم جر حمل زائد و معوق. ويمثل كل من التصور التحليلي النفسي للمقاومة أو التحليل النفسي طويل الأمد مثالين فقط لمثل هذا الحمل. ولكن المهم هو إعادة تصميم التأهيل العلاجي من جديد كلية، منذ البداية واستناداً إلى المنظورات الثلاثة. ولا يطابق أي محيط من المحيطات الثلاثة أي من أشكال العلاج أو الاتجاهات العلاجية أو المدارس القائمة اليوم. وإن ما نقترحه لا يمكن أن ننظر إليه وفق ما يفهم تحت "العلاج التكاملي" ولا وفق ما يفهم تحت المبدأ الانتقائي. إننا نقصد علاجاً نفسياً عاماً قائماً على أساس نظري جديد

كلية متماسك بحد ذاته، ملائم لدمج فاعلية أساليب المعالجة المجربة. إن الأساس الإمبيريقي لعلاج نفسي عام، إنما تشكله الأساليب وتأثيراتها الفعلية، وهذه الأساليب هي كل الأساليب بغض النظر عن مصدرها النظري. ولابد من إنجاز التفسير النظري لهذا التأثير على أساس نظري جديد، يطرح هذه الحقائق في سياق موحد. أما نظريات وإيديولوجيات المدارس العلاجية المختلفة فهي تنتمي بشكل قطعي إلى الحمل الذي لابد من التخلص منه. فلقد أدت ما عليها. أما ما يتطابق منها مع الحقائق فسوف يتم الاحتفاظ به في شكل من الأشكال في الأسس النظرية للعلاج النفسي العام، ولكنه سيكون مزروعاً بشكل جديد، متماسك نظرياً. إن الأساس الذي يقوم عليه العلاج النفسي العام لن يكون بأي شكل من الأشكال ترقيعاً لسجادة من قطع ديكور نظرية مأخوذة من الأشكال العلاجية المختلفة القائمة. فالموضوع ليس عبارة عن تعويض نقاط ضعف مبدأ ما من خلال نقاط قوة مبدأ آخر. فبناءات هذه الأشكال العلاجية غير ملائمة إذا ما جزئت إلى مبادئ من أجل تفسير الحدث العلاجي النفسي بشكل كامل. ومن هنا فالأمر يحتاج إلى مبدأ نظري جديد كلية يمتلك مجال تفسير أكبر. ونحن مقتنعون بأن التطور المفاهيمي لعلم النفس ذي الاتجاه الإمبيريقي اليوم قد يحمل أساساً خصباً لمثل هذا العلاج النفسي العام. ويمثل التصور النظري للتصويرة الذي عرضنا له في هذا الفصل المحاولة من أجل صياغة مثل هذا الأساس. وهو مطروح للإكمال والتعديل، حتى وإن كان هذا الإكمال أو التعديل من النوع الجوهري، إذ أن الأمر لا يتعلق هنا بتأسيس شكل جديد من أشكال العلاج وإنما وضع الحقائق المؤكدة في مجال العلاج النفسي في سياق نظري، يمكنه في الوقت نفسه أن يشكل الأساس للممارسة والتأهيل العلاجي النفسي.

إننا على قناعة بأنه من الممكن منذ اليوم تحقيق الاقتراب في التأهيل والممارسة العلاجية النفسية من مثل هذا العلاج النفسي العام. وعلينا ألا ننتظر إلى أن يتوفر لدينا تصور نظري أكثر عمقاً ومختبر إمبيريقياً بصورة أفضل. فالتأهيلات العلاجية النفسية القائمة اليوم والتي تقوم على أسس المدارس النفسية تتحرك على أساس أقل جودة مما هو مفترض بالنسبة للتأهيلات التي اتجهت في أسسها وفق المبادئ التي حددناها هنا. ونحن نعرف مسارات تأهيل في مجال العلاج النفسي قريبة من العلاج النفسي العام كما نفهمه نحن ومعالجون يمارسون في عياداتهم جزءاً لا بأس به من مثل هذا العلاج النفسي العام. ونحاول في عيادتنا الخاصة و بحثنا و تأهيلنا أن نتوجه وفق التصورات التي عرضناها هنا ونعمل على تفصيلها أكثر واختبارها إمبيريقياً.

ولا يشكل العلاج النفسي دون مشَد corset المدارس العلاجية تحدياً ساحراً فحسب بل و خبرة محررة أيضاً. ونرغب بدعوة كثير من المعالجين النفسيين قدر الإمكان للمشاركة بهذه الخبرة وتقديم مساهمتهم في بناء علاج نفسي عام مشترك يجمع بين المعالجين النفسيين كلهم.

الكتـــاب الإلكتروني لشبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة: العـدد 15

Arabpsynet

إصـــدارات شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة

جميع الحقوق محفوظة للمؤلـــف 2009

د. سامر جميل رضوان



الاختصاص: علم النفس الإكلينيكي
الشهادة: دكتوراه في علم النفس
-جامعة لايبزج – ألمانيا، تاريخ تلقي الدرجة: 1989
عنوان أطروحة الدكتوراه: نتائج دراسات تجريبية لتحديد فعاليات الوظائف النفسية لدى مرضى باضطرابات عصابية قلبية ومرضى باضطرابات عصابية نفسية

- **مجالات العمل البحثية**
- العلاج والإرشاد النفسي، الصحة النفسية – علم نفس الصحة، العلاج النفسي، القياس النفسي.
- عضو هيئة تحرير في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة
- **الوظائف والمسؤوليات:** عضو عديد الجمعيات و لهيئات العلم نفسية العربية والدولية أهمها:
- الجمعية السورية للعلوم النفسية
- مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، لبنان
- شبكة العلوم النفسية العربية
- الثقافة النفسية المتخصصة
- **المؤلفات**
- الصحة النفسية في المدرسة والأسرة
- الصحة النفسية (ط1-2002، ط3، 2009)
- مستقبل العلاج النفسي (مترجم عن الألمانية)
- العلاج النفسي بالمحادثة (مترجم عن الألمانية)
- العلاج الأسري الإيجابي –طريقة المستقبل في العلاج- (مترجم عن الألمانية)
- العلاج والإرشاد النفسي الأسري –مبدأ ذرائعي- (مترجم عن الألمانية)
- ممارسة العلاج النفسي- الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي (مترجم عن الألمانية)
- **الخبرات الأكاديمية**
- مؤهل في المعالجة (الإرشاد) النفسي النفسية المتمركزة حول المتعالج (طريقة روجرز)
- مؤهل في علم النفس الطبي وعلم نفس الصحة Health Psychology

ArabPsyNet Electronic Book

جميع الحقوق محفوظة للمؤلف 2009